

**lääkään potilaan fyysinen rajoittaminen  
akuutissa sairaalahoidossa**  
**Integratiivinen kirjallisuuskatsaus**

Eevi Laakso  
Josefina Vesanto

Opinnäytetyö  
Kesäkuu 2020  
Sosiaali- ja terveysala  
Sairaanhoitaja (ylempi AMK), Kliininen asiantuntija

Tekijät Laakso, Eevi Vesanto, Josefina	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä Kesäkuu 2020
	Sivumäärä 82	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi <b>Iäkkään potilaan fyysinen rajoittaminen akuutissa sairaalahoidossa</b> Integratiivinen kirjallisuuskatsaus		
Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitaja (ylempi AMK), Kliininen asiantuntija		
Työn ohjaajat Järvinen, Sari & Tyrväinen, Hannele		
Toimeksiantaja		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata aikaisemman kirjallisuuden perusteella tekijöitä, jotka ovat yhteydessä iäkkään potilaan fyysiseen rajoittamiseen akuutissa sairaalahoidossa. Tavoitteena oli tuottaa kirjallisuuskatsauksen avulla tietoa iäkkään potilaan fyysisestä rajoittamisesta akuutissa sairaalahoidossa, jotta fyysisen rajoittamisen taustalla olevia tekijöitä voidaan tunnistaa ja nostaa keskusteluun.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin integratiivisena kirjallisuuskatsauksena. Aineiston haku tehtiin CINAHL, PubMed, Scopus, Web of Science, Academic Search Elite, PsycINFO ja Medic –tietokantoihin. Aineistoon valittiin kymmenen tutkimusta vuosilta 2009–2019. Aineisto analysoitiin temaattisella analyysillä.</p> <p>Tuloksista muodostettiin neljä teemaa, jotka kuvasivat potilaaseen, hoitajaan, organisaatioon ja rajoittamisen vähenemiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Tuloksista käy ilmi, että fyysisen rajoittamisen tilanteet ovat monitekijäisiä. Potilaan haasteellinen käytös ja huono liikuntakyky olivat piirteitä, jotka yleisimmin altistivat fyysisille rajoittamistoimille. Hoitajan asenteilla ja työnhallinnan kokemuksella oli vaikutusta siihen, päätyikö hoitaja rajoittamaan potilasta. Rajoittamiseen liittyvä päätöksenteko oli eettisesti haastavaa ja kompleksista. Akuuttihoitossa ilmeni puutteita geriatrisessa osaamisessa ja hoitokulttuuri ei aina tukenut iäkkään, haasteellisesti käyttäytyvän potilaan hoitoa.</p> <p>Moniammatillisella, potilaslähtöisellä hoitotyöllä rajoittamistoimia voidaan vähentää. Akuutin sairastumisen yhteydessä iäkäs potilas tulee kohdata ja hoitaa kokonaisvaltaisesti potilaan toimintakykyä tukien. Hoitajien eettisen ja geriatrisen osaamisen vahvistamiseksi tulee tarjota koulutusta ja tukea. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää akuuttihoitotyön kehittämisessä, jotta iäkkään potilaan fyysistä rajoittamista voidaan vähentää.</p>		
Avainsanat iäkäs potilas, fyysinen rajoittaminen, akuutti sairaalahoido, integratiivinen kirjallisuuskatsaus		
Muut tiedot (Salassa pidettävät liitteet)		

Authors Laakso, Eevi Vesanto, Josefina	Type of publication Master's Thesis	Date June 2020
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 82	Permission for web publication: x
Title of publication <b>Physical Restraint of Elderly Patients in Acute Hospital Care</b> An Integrative Review		
Degree programme Master's Degree Programme in Advanced Nursing Practice, Master of Health Care		
Supervisors Järvinen, Sari & Tyrväinen, Hannele		
Assigned by		
Abstract  <p>The purpose of the thesis was to describe factors related to physical restraint of elderly patients in acute hospital setting by means of a literature review of previous research. The aim was to provide information on the physical restraint of an elderly patient during acute hospitalization in order to identify the factors for the use of restraint and to increase the awareness of restraint practices.</p> <p>The study was conducted as an integrative review of literature. The following databases were used: CINAHL, PubMed, Scopus, Web of Science, Academic Search Elite, PsycINFO and Medic. Ten studies from 2009–2019 were selected and analyzed by thematic analysis.</p> <p>The results of the review were categorized into four themes that described factors related to patient, nurse, organisation and restraint reduction. The data seemed to indicate that the situations of physical restraint were generally multifaceted. Challenging behavior and poor mobility were the most common factors causing the need for physical restraint. The results showed that the nurses' attitudes and their sense of coping with their work affected on their decision on restraint. Moreover, the related decision-making process was ethically challenging and complex. The results showed a lack of geriatric competence in acute care. In addition, the nursing culture did not always seem to support appropriate care of elderly patients in acute hospital settings.</p> <p>Multiprofessional collaboration and patient-centered care can reduce restraint use. An acutely ill elderly patient must be encountered and cared individually, supporting the patient's functional capacity during hospitalization. Training and support should be provided to strengthen nurses' ethical skills and geriatric competence. The results can be utilized in the development of acute care nursing to reduce the physical restraint of an older patient.</p>		
Keywords/tags Elderly patient, physical restraint, acute hospital care, integrative review		
Miscellaneous (Confidential information)		

## Sisältö

<b>1</b>	<b>Johdanto .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Akuutisti sairastuneen iäkkään potilaan hoitotyö.....</b>	<b>5</b>
2.1	Ikääntynyt vai iäkäs .....	5
2.2	Iäkkään potilaan erityispiirteet .....	6
2.3	Akuutin sairaalahoidon toimintaympäristö .....	11
2.4	Hoitotyön osaaminen iäkkään potilaan akuutissa sairaalahoidossa.....	14
<b>3</b>	<b>Fyysinen rajoittaminen hoitotyössä .....</b>	<b>19</b>
3.1	Fyysisen rajoittamisen määritelmä .....	19
3.2	Fyysisen rajoittamisen lainsäädäntö ja toimintaa suuntaavat ohjeet .....	20
3.3	Fyysisen rajoittamisen syyt, seuraukset ja yleisyys.....	22
<b>4</b>	<b>Tarkoitus ja tavoite.....</b>	<b>25</b>
<b>5</b>	<b>Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen toteutus.....</b>	<b>25</b>
5.1	Tiedonhaku .....	26
5.2	Aineiston laadunarviointi .....	30
5.3	Aineiston analyysi.....	31
<b>6</b>	<b>Tulokset .....</b>	<b>35</b>
6.1	Potilaaseen yhteydessä olevat tekijät.....	37
6.2	Hoitajaan yhteydessä olevat tekijät .....	39
6.3	Organisaatioon yhteydessä olevat tekijät.....	44
6.4	Rajoittamistoimien vähenemiseen yhteydessä olevat tekijät .....	47
<b>7</b>	<b>Pohdinta.....</b>	<b>53</b>
7.1	Tulosten tarkastelua .....	53
7.2	Eettisyys ja luotettavuus .....	63
7.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset .....	66

<b>Lähteet .....</b>	<b>69</b>
----------------------	-----------

<b>Liitteet .....</b>	<b>79</b>
-----------------------	-----------

Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset .....	79
--	----

Liite 2. Laadunarvioinnin työkalu .....	80
---	----

Liite 3. Esimerkki aineiston analyysistä .....	82
--	----

## **Kuviot**

Kuvio 1. Teoreettisen viitekehyksen keskeiset elementit .....	18
---	----

Kuvio 2. Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen prosessi .....	26
--	----

Kuvio 3. Tiedonhaun prosessi .....	29
------------------------------------	----

Kuvio 4. Temaattisen analyysin prosessi .....	33
---	----

Kuvio 5. Yhteenveto keskeisistä tuloksista .....	36
--	----

## **Taulukot**

Taulukko 1. Tutkimuksessa käytetyt tietokannat ja hakusanat .....	27
---	----

Taulukko 2. Artikkelien mukaanotto- ja poissulkukriteerit .....	28
---	----

# 1 Johdanto

*Millaista hoitoa toivoisit itse iäkkäänä potilaana saavasi?* Tätä kysyttiin hoitajilta Hoitotyön tutkimussäätiön selvityksessä, joka pohjasi laajaan yhteiskunnalliseen keskusteluun iäkkäiden hoidosta, sosiaali- ja terveydenhuoltoon kohdistuvista muutostarpeista sekä hoitajien osaamisesta ja jaksamisesta iäkkäiden hoitotyössä. (Korhonen, Holopainen, Jylhä & Siltanen 2015.) Valtakunnallisen sosiaali- ja terveystieteiden neuvottelukunnan ETENEn mukaan, haasteita ilmenee erityisesti iäkkäiden ja monisairaiden potilaiden hoitotyössä, ja puutteita on niin osaamisessa kuin asenteissakin (Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla 2012, 33).

Opinnäytetyön aihe on noussut akuuttihoitotyön arjesta; todellisista potilastilanteista ja osaamisen haasteista sekavan, iäkkään potilaan hoidossa, joka on haasteellista kokeneellekin hoitajalle. Opinnäytetyöprosessin alusta asti mielenkiinto on kohdistunut erityisesti iäkkään potilaan fyysisen rajoittamisen vähentämiseen akuutissa sairaalahoidossa. Vaikka rajoittaminen on maailmanlaajuinen ilmiö kaikilla hoitotyön alueilla, erityisesti akuuttihoitotyön kontekstissa yksi merkittävimpiä haasteita on, ettei ilmiön käsitteellisistä näkökohdista sekä syy- ja seuraustekijöistä ole edelleenkään yhtenäistä ymmärrystä (Xyrichis, Hext & Clark 2018). Fyysistä rajoittamista koskeva aikaisempi tutkimus kohdentuu suurimmaksi osaksi pitkäaikaishoitotoimintaan, psykiatriseen hoitoon ja tehohoitoon. Sen lisäksi että tutkimusta on akuutin sairaalahoidon kontekstissa vähän, tutkimus on kansainvälisesti vaihtelevaa ja monilta osin vaillaista, vaikka tarve rajoittamisen vähentämiselle onkin tiedostettu (Xyrichis ym. 2018). Lisäämällä tietoisuutta iäkkäiden potilaiden hoitotyössä esiintyvistä eettisistä ongelmista, jota fyysinen rajoittaminen monestakin näkökulmasta on, voidaan hoitotyön laatua vahvistaa (Korhonen ym. 2015, 27).

Yleisimmin rajoittamista käytetään haasteellisen käytöksen hallintaan (Xyrichis ym. 2018) ja toimintaa perustellaan potilasturvallisuudella, vaikka sillä on todettu olevan monia negatiivisia vaikutuksia niin potilaisiin kuin myös hoitajiin (Gunawardena & Smithard 2019; Möhler & Meyer 2014). Epäasiallisia hoitomenetelmiä tulee terveydenhuollossa karsia, jotta hyvän hoidon ja kohtelun toteutuminen varmistetaan (Kor-

honen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 22). Hoitotyön tutkimussäätiön selvityksessä hoitajat toivoivat itse saavansa iäkkäinä potilaina hyvän hoidon periaatteita kunnioittavaa hoitoa, johon nähtiin sisältyvän muun muassa osallistumisen omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon, yksilöllisyyden huomioimista, turvallisuuden tunteen ylläpitämistä, arvostavaa hoitoa ja hyvää kohtelua (Korhonen ym. 2015).

Iäkkäät potilaat tulevat olemaan entistä suurempi potilasryhmä terveydenhuollossa suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle ja elinajan odotteen kasvaessa. Tilastokeskuksen ennusteiden mukaan vuonna 2030 Suomessa elää jo noin 1,5 miljoonaa yli 65-vuotiasta (Suomen virallinen tilasto 2018). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittelee, että jokaisella potilaalla on oikeus hyvään ja laadukkaaseen hoitoon ja velvoittaa kohtelevaan potilasta hänen ihmisarvoaan loukkaamatta. Lain mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja myös niiden potilaiden itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava, jotka eivät itse kykene päättämään hoidostaan. (Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö 2020.) Terveydenhuoltolaki (1326/2010) osaltaan edellyttää toiminnan olevan näyttöön perustuvaa, laadukasta ja potilasturvallista. Somaattisessa hoidossa tehdään paljon fyysiseen rajoittamiseen liittyviä toimenpiteitä ilman toimintaa ohjaavia säädöksiä. Sosiaali- ja terveysministeriössä valmisteilla olevat itsemääräämisoikeutta koskevat lakihankkeet ovat odotettuja, mutta nekään eivät täysin tule ratkaisemaan rajoittamiseen liittyviä eettisiä ongelmia. Huolimatta lainsäädännön tuomasta tuesta, jää terveydenhuollossa silti haasteeksi ottaa huomioon iäkkään potilaan oma tahto, arvot ja arvostukset, myös silloin kun hän ei itse niitä pysty ilmaisemaan. (Itsemääräämisoikeus ja vapaus valita n.d.; Itsemääräämisoikeutta koskevia lakeja lausunnolle 2018.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata aikaisemman kirjallisuuden perusteella tekijöitä, jotka ovat yhteydessä iäkkään potilaan fyysiseen rajoittamiseen akuutissa sairaalahoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa integratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla tietoa iäkkään potilaan fyysisestä rajoittamisesta akuutissa sairaalahoidossa, jotta fyysisen rajoittamisen taustalla olevia tekijöitä voidaan tunnistaa ja nostaa keskusteluun. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää akuuttihoitotyön kehittämisessä, jotta iäkkään potilaan fyysistä rajoittamista voidaan vähentää.

## 2 Akuutisti sairastuneen iäkkään potilaan hoitotyö

### 2.1 Ikääntynyt vai iäkäs

Ikääntyneen tai iäkkään käsitteestä ei ole yksiselitteistä määritelmää. Vanhenemisprosessi ja sen mukanaan tuoma lisääntynyt sairastelu sekä elämäntavan muutokset rajoittavat toimintakykyä, mutta muutokset ja niiden alkamisikä sekä nopeus ovat yksilöllisiä. Tämän takia termi ikääntynyt tai iäkäs käsittää hyvin heterogeenisen joukon eri-ikäisiä ja -kuntoisia ihmisiä. Myöskään kronologisen iän käytölle yhteisenä nimityksenä ei ole hyviä perusteita. (Geriatric emergency department guidelines 2013, 4; Heikkinen 2013; Shanahan 2012, 273; Tiikkainen & Voutilainen 2009, 7.) Kronologista ikää paremmin ennustetta ja sairaudesta toipumista kuvastaakin potilaan toimintakyky (Jämsen, Lönnroos & Strandberg 2017, 2497).

Tänä päivänä yksilöihin keskittyvä gerontologinen tutkimus tarkastelee yli 75-vuotiaiden toimintakykyisyyttä ja selviytymistä (Voutilainen, Routasalo, Isola & Tiikkainen 2009, 15). Myös laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (nk. vanhuspalvelulaki) tarkastelee ikääntymistä toimintakyvyn näkökulmasta. Vanhuspalvelulaki määrittelee ikääntyneen väestön tarkoittavan vanhuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä ja ikääntyneen henkilön tarkoittavan ”henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta” (L 28.12.2012/980, 3§).

Kaskiharju (2019) tarkastelee ikääntyneitä ja iäkkäitä vanhuspalvelulain näkökulmasta ja tuo esiin, että laki jäsentää tahattomasti näiden ryhmien olevan toisistaan erillisiä ja jopa vastakkaisia erityisesti toimintakyvyn kannalta tarkasteltuna; ikääntyneet tarvitsevat toimintakyvyn tukemista (aktiivisuus) ja iäkkäät sosiaali- ja terveystalvuluja (riippuvuus). Sekä vanhusoikeuden että gerontologian näkökulmasta tarkastelua voidaan laajentaa myös haavoittuvuuteen, jolloin esimerkiksi itsemääräämisoikeuden rajoittamisen kysymyksiä voidaan ymmärtää paremmin. (Mts. 61, 69.) Haavoittuvuutta lisäävät ikääntyminen, krooniset sairaudet, hauraus, sekavuus ja



kognition heikentyminen (Shanahan 2011, 273). Haavoittuvuus korostaa ikäerityisyyttä ja ihmisarvoa, joihin myös palveluiden laadulla tulee vastata. Ikäerityisyydellä viitataan haavoittuvuuden yhteydessä siihen, että iäkkään tarpeita tulisi lähestyä konkreettisesti. (Kaskiharju 2019, 61, 69.) Kirjallisuudessa ikääntyneen ja iäkkään käsitteitä käytetään sekä erillisinä että rinnakkain. Tässä opinnäytetyössä päädyttiin käyttämään käsitettä iäkäs.

## 2.2 Iäkkään potilaan erityispiirteet

Iäkkäät käyttävät suuren osan kaikista sairaalapalveluista (Laurila 2012, 646). Iäkkäät ovat myös suurin päivystyshoidon käyttäjäryhmä. He viipyvät päivystyksessä pidempään ja siirtyvät todennäköisemmin jatkohoitoon sairaalan osastoille kuin nuoremmat päivystyspotilaat. Iäkkäät potilaat myös todennäköisemmin palaavat takaisin päivystykseen kotiutumisen jälkeen. (Aminzadeh & Dalziel 2002; Geriatric emergency department guidelines 2013, 2–3.) Yleisimmät syyt iäkkäiden päivystykseen hakeutumiselle ja sairaalahoidolle ovat sydän- ja verisuonisairaudet, erilaiset infektiot ja kaatumisista johtuvat traumat (Downing & Wilson 2005, 24–29; Jämsen, Kerminen, Strandberg & Valvanne 2015). Monet keskeiset iäkkäiden potilaiden sairaudet ja vammat ovat kuitenkin monitekijäisiä, jolloin on pyrittävä hoitamaan useita tausta- ja riskitekijöitä samanaikaisesti (Strandberg & Tilvis 2016).

Iäkkäillä potilailla äkillinen, vakava tai jopa henkeä uhkaava tauti voi ilmetä hyvin lievin ja epätyypillisin oirein (Jämsen ym. 2017, 2497; Mylläri, Kirsi & Valvanne 2014, 34). Kuumeeton keuhkokuume, kivuton sydäninfarkti tai sepsiksen ilmeneminen sekavuutena ja jalkojen kantamattomuutena ovat tyypillisiä esimerkkejä iäkkäiden potilaiden oireiden moninaisuudesta. Vastoin yleistä luuloa, iäkkäät hakeutuvat päivystykseen harvoin tarpeettomasti, vaan heillä on taustalla keskimääräistä useammin jokin kiireellistä hoitoa vaativa, vakava sairaus. (Mylläri ym. 2014, 11–12.) Tutkimusten ja hoitojen tarpeellisuuden sekä oikea-aikaisuuden määrittely on tärkeää akuutissa sairaustilanteessa (Jämsen ym. 2017, 2497; Mylläri ym. 2014, 34; Tilvis 2016a), jotta iäkästä potilasta ei altistettaisi turhille tutkimuksille ja hoitotoimenpiteille (Tilvis 2016a). Toisaalta hoitopäätöksiä ei tule tehdä pelkän iän perusteella (Jämsen ym.

2017, 2497) eikä ikä saa myöskään olla peruste tarvittavien hoitokeinojen eväämislle (Tiikkainen & Heikkinen 2013).

Viime vuosina haurastumista ja vanhuudenheikkoutta on alettu pitämään itsenäisenä geriatrisena oireyhtymänä sekä riskitilana, josta käytetään nimitystä hauraus-raih-nausoireyhtymä (HRO) eli gerastenia, joka johtuu ikääntyneen elimistön eri tasoilla tapahtuvasta heikkenemisestä. Gerastenian esiintyvyyden arvioidaan olevan jopa 25–40 % yli 80-vuotiailla, ja siihen liittyy alttius toiminnan vajeille, kaatumisille, sairaala- ja pitkäaikaishoidolle sekä kuolemalle. (Strandberg 2016.) Gerasteniapotilaat tulevat tavallisimmin sairaaloiden akuuttiyksiköiden potilaiksi tultuaan sekavaksi jonkin akuutin sairauden vuoksi, kaaduttuaan tai tarkemmin määrittelemättömän kotona pärjäämättömyyden vuoksi (Strandberg 2013). Kotona pärjäämättömyys on terveydenhuollossa yleisesti käytössä oleva käsite, jolla tarkoitetaan yleiskunnon ja toimintakyvyn laskusta johtuvaa kyvyttömyyttä selviytyä kotiolosuhteissa itsenäisesti tai avun turvin. Keskimäärin yhdellä kymmenestä iäkkästä potilaasta kotona pärjäämättömyys on päivystykseen tulon syy, ja näistä yli puolella on todettavissa jokin kiireellistä hoitoa vaativa vakava sairaus. Huomioitavaa on, että niilläkin, joilla ei todeta akuuttia, spesifistä tautia tai vammaa, on merkittäviä terveydentilaan liittyviä ongelmia. ”Kotona pärjäämättömät” iäkkäät ovat kaikkein haurainta ja riskialtteinta potilasryhmää. (Mylläri ym. 2014, 12.)

Monet vanhenemismuutokset altistavat huimaukselle ja pyörtymiselle sekä heikentävät tasapainon säilyttämistä, minkä vuoksi kaatumisalttius iän myötä lisääntyy. Kaatumisen syyt voivat olla myös ympäristöön liittyviä. Kaatumisen riskitekijöitä on useita, ja esimerkiksi monet lääkkeet lisäävät riskiä. Kaatumisriski kasvaa huomattavasti riskien kasautuessa. Kaatumisten välittömistä seurauksista vakavimpia ovat päänvammat ja luunmurtumat. (Tilvis 2016b.) Esimerkiksi lonkkamurtuma on iäkkäillä yleinen ja vakava kaatumisvamma, ja vuosittain Suomessa leikataan noin 6000 lonkkamurtumaa (Lonkkamurtuma: Käypä hoito -suositus, 2017). Heikentynyt terveydentila ja sairauksien runsas määrä, gerastenia ja kaatuilutaipumus saattavat johtaa toimintakyvyn huononemiseen tavallista nopeammin. Iäkkään potilaan toimintakyvyn säilyttäminen mahdollisimman pitkään on geriatrisen hoidon keskeisiä tavoitteita. Iäkkäitä potilaita tulisi rohkaista liikkumaan, vaikka fyysinen tai psyykinen

vointi tuntuisi estävältä tekijältä. (Strandberg & Tilvis 2016.) Huomioitavaa myös on, että liikkumisen rajoittaminen ei näytä vähentävän kaatumistapaturmia laitoshoidopotilailla (Lonkkamurtuma: Käypä hoito -suositus, 2017).

Kognition heikentyminen lisää haavoittuvuutta, koska se vaikuttaa merkittävästi keskittymiskykyyn, ajatteluun, päättelyyn sekä muistiin ja voi myös johtaa sekavuuteen. Sekavuus voi olla tilapäistä, kuten deliriumin yhteydessä, tai etenevää esimerkiksi dementiaan liittyen. (Shanahan 2011, 273.) Delirium ja dementia ovat tavallisimmat kognitiiviset häiriöt, jotka molemmat yleistyvät vahvasti iän myötä (Laurila 2016).

Akuutti sekavuustila eli delirium on jonkin elimellisen syyn laukaisema kokonaisvaltainen aivotoiminnan häiriö. Sen voi saada kuka vain somaattisen sairauden komplikationa, jos sen laukaiseva tekijä, esimerkiksi infektio, on tarpeeksi raju. Tavallisimmin delirium ilmaantuu kaikkein iäkkäimmille, heikoimmille ja sairaimmille vanhuk-sille ja toimii samalla huonon selviytymisen ennusmerkkinä. (Huttunen 2018; Laurila 2016.) Hoitamattomana delirium on hengenvaarallinen tila (Huttunen 2018; Laurila 2016), joka tulee aina hoitaa somaattisella vuodeosastolla (Laurila 2012). Geriatri-sella päivystyspotilaalla delirium on toiseksi tavallisin tulosyy; noin joka seitsemäs yli 65-vuotias, joka kolmas yli 85-vuotias ja lähes jokainen vaikeaa dementiaa sairastava potilas kärsii myös deliriumista. Sairaaloitten vuodeosastoilla delirium ilmenee noin joka kuudennella iäkkäällä potilaalla. Iäkkäillä potilailla delirium on myös yleisin kirur-ginen komplikaatio, ja esimerkiksi lonkkamurtumapotilaista jopa puolella ilmaantuu leikkauksen jälkeen postoperatiivinen delirium. (Laurila 2016; Lonkkamurtuma: Käypä hoito -suositus 2017; Marcantonio 2017, 1456-1457.) Huolimatta deliriumin yleisyydestä sen diagnosointi on haasteellista (Laurila 2016; Steen, Detroyer, Milisen, Lambert, Boland & Van Den Noortgate 2013) ja hoito toteutuu huonosti akuutissa sairaalahoidossa (Steen ym. 2013). Yli puolet deliriumtiloista jää tunnistamatta päi-vystyksissä, ja vuodeosastoillakin niistä tunnistetaan vain vähän yli puolet. Delirium on raskas kokemus potilaalle, mutta myös omaisille ja hoitajille. (Laurila 2016.)

Iäkkäillä potilailla on tyypillisesti useita deliriumille altistavia tekijöitä, kuten dementiaan johtava rappeuttava aivosairaus, monilääkitys tai yleistilaa heikentävä pitkäai-

kaissairaus. Sen lisäksi iäkkäillä potilailla on lukuisia potentiaalisia deliriumia laukaisevia tekijöitä, kuten erilaisia infektioita, aineenvaihduntasairauksia tai sydän- ja verisuonisairauksia. (Huttunen 2018; Laurila 2016; Marcantonio 2017, 1456-1457.) Deliriumpotilaan oireet alkavat aina äkillisesti ja oireiden voimakkuus voi vaihdella eri vuorokaudenaikoina. Potilas voi myös olla hetkittäin täysin oireeton. Merkittävin deliriumin oire on tarkkaavaisuuden häiriö, joka vaikuttaa potilaan huomiokykyyn, ajatteluun ja puheeseen. Potilas voi olla joko kiihtynyt (hyperaktiivinen delirium) tai lamaantunut (hypoaktiivinen eli ”hiljainen” delirium). Deliriumpotilaalla saattaa esiintyä harhaluuloja, aistiharhoja ja pelkotiloja. Myös vuorokausirytmäisyys sekä ajan ja paikan taju saattavat olla häiriintyneitä. Tutut ihmiset ja turvallinen ympäristö vähentävät sekavuutta ja lisäävät orientaatiota. Deliriumpotilaan hoidossa tärkeintä on sekavuustilaa aiheuttavan syyn selvittäminen ja sen hoito. Lisäksi käytetään myös antipsykootteja ja rauhoittavia lääkkeitä (Huttunen 2018; Laurila 2012, 643–644; Marcantonio 2017, 1456-1464.) Lääkehoidon on arvioitu olevan tehokasta lähinnä oireiden hoidossa, ei niinkään ennaltaehkäisyssä (Steen ym. 2013, 211). Tunnettujen sekavuudelle altistavien tekijöiden, kuten esimerkiksi kivun ja nestetasapainon häiriöiden lievittäminen on olennaista (Laurila 2012, 644; Steen ym. 2013, 211; Strandberg & Tilvis 2016). Huomionarvoista on, että kaikki hoitotyön osa-alueet ja suositellut ei-lääkkeitä hoitomenetelmät, joilla deliriumia ehkäistään ja hoidetaan, ovat hoitotyön perusmenetelmiä, joiden tulisi kuulua sairaalapotilaan hoitotyöhön rutiinistikin (Laurila 2012, 646; Steen ym. 2013, 211; Tullmann, Blevins & Fletcher 2016, 253). Magneettivyön tai lepositeiden käyttäminen ei ole deliriumin asianmukaista hoitoa (Laurila 2012, 645; Steen ym. 2013, 212).

Kliinisessä potilastyössä olevat hoitajat ovat parhaimmassa asemassa deliriumin tunnistamisessa (Tullmann ym. 2016, 253). Avuksi tunnistamiseen on kehitetty erilaisia työkaluja, joista tunnetuin ja yleisimmin käytössä oleva on CAM-testi (Confusion Assessment Method), joka vaatii perehtyneisyyttä, mutta on nopea käyttää ja soveltuu moniin eri hoitoympäristöihin (Laurila 2012, 644; Shi, Warren, Saposnik & MacDermid, 2013; Steen ym. 2013, 210–211; Tullmann ym. 2016, 253). Steenin ja muiden (2013, 211) tutkimuksen mukaan DOSS-testi (Delirium Observation Screening Scale) on käytettävyydeltään ja tarkkuudeltaan jopa parempi työkalu hoitajien käytettäväksi, joskaan sitä ei ole validoitu vielä laajaan käyttöön.

lääkällä muistin ja muiden kognitiivisten kykyjen heikentyminen on yleistä, ja taustalla voi olla vakava elimellinen aivosairaus, mutta heikentymistä voivat aiheuttaa myös monet toiminnalliset tilat. Kognitiivista heikentymistä aiheuttavista rappeuttavista aivosairauksista käytetään käsitettä etenevät muistisairaudet. Muistisairauden edetessä potilaat dementoituvat. Muistisairauksiin ja dementiaan liittyviä oireita ovat muistin, päättelyn ja toiminnanohjauksen häiriöt, joiden lisäksi saattaa esiintyä kielellisiä häiriöitä ja hahmottamisen sekä kätevyys häiriöitä. (Sulkava 2016.)

Muistisairauksiin liittyy myös erilaisia käytösoireita ja psykologisia oireita, jotka tulevat esiin dementoituneen käyttäytymisessä ja mielensisällössä. Käsitteenä käytösoire kuvaa näitä molempia. Käytösoireet ilmenevät esimerkiksi fyysisenä ja verbaalisena aggressiivisuutena, levottomuutena, vaelteluna, huuteluna, unihäiriöinä, aistiharhoina ja harhaluuloina, joihin vaikuttavat merkittävästi persoonallisuus ja ympäristö. Tutussa ympäristössä käytösoireet ovat yleensä lievempiä. Hoitohenkilökunnan asenteilla ja hoitopaikan ilmapiirillä on merkitystä käytösoireiden ilmenemiseen ja voimakkuuteen. Myös ympäristötekijöillä, vuorokauden ajalla ja potilaan tuntemuksilla on vaikutusta. Huomioitavaa on, että dementiaa sairastavalla voi myös olla delirium, joka ilmenee käytösoireina. (Sulkava 2016.) Deliriumin ja dementian diagnostiikkaa hankaloittaakin se, etteivät ne sulje pois toisiaan (Laurila 2012, 643–644). Tarkkaavaisuuden ja muistin häiriöiden seulontaan on olemassa nopeita ja helppokäyttöisiä testejä, kuten kuuden kohdan muistiseula (Six-item Screener) ja kuukausien luetteleminen takaperin (MOTYB-testi), jotka soveltuvat myös sairaalapotilailla rutiinikäyttöön hyvin (Kangas, Hämäläinen, Valvanne & Jämsen 2018). Käytösoireiden hallinnassa lääkkeiden hoito on ensisijaista. Lisäksi tulee huomioida hoitoympäristön turvallisuus ja virikkeiden määrä. Hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaitojen kehittämisellä voidaan vähentää käytösoireisiin johtavia tilanteita ja lisätä tilanteen hallintaa. (Sulkava 2016.) Sairaalahoitossa erityisesti delirium- ja dementiapotilailla on huomattava riski altistua fyysiselle rajoittamiselle (Hendlmeier, Bickel, Baltasar Heßler-Kaufmann & Schäufele 2019, 215).

Tässä opinnäytetyössä iäkkäällä potilaalla tarkoitetaan akuutisti sairastunutta tai loukkaantunutta iäkästä ihmistä, joka on vaivansa takia joutunut sairaalahoitoon. Potilaan käytösoireita kuvataan yleisesti käsitteellä haasteellinen käytös, jonka taustalla

voi olla eri sairautentiloja kuten esimerkiksi akuutti sekavuus, muistisairaus tai postoperatiivinen delirium, jotka kaikki aiheuttavat erilaisia muutoksia potilaan käyttäytymisessä ja ajattelussa. Haavoittuvuus nähdään merkittävänä iäkkään potilaan erityispiirteenä.

## 2.3 Akuutin sairaalahoidon toimintaympäristö

lääkäiden ja monisairaiden potilaiden määrä kasvaa lähes kaikilla erikoisaloilla. Iäkkään potilaan kokonaisvaltaista hoitoa sairaalassa haastaa eri lääketieteenalojen hoitojen erikoistuminen, jolla on vaikutusta osaamisen kapeutumiseen. (Jämsen ym. 2017, 2497.) Terveystieteiden huollossa on myös meneillään jatkuvia rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia, jotka muuttavat organisaatioiden rakenteita, mutta myös hoitokulttuuria; sitä millaisena käytännön hoitotyö mahdollistuu ja toteutuu (Laakkonen 2004, 45; Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 82–83). Akuutin sairaalahoidon toimintaympäristöä voidaan tarkastella myös hoitokulttuurin näkökulmasta fyysisenä ja sosiaalisena ympäristönä. Hoitokulttuuri kuvastaa sitä, miten hoitoyksikössä on totuttu toimimaan. Se koostuu olettamuksista ja uskomuksista, jotka hoitoyksikössä on omaksuttu, ja jotka erottavat henkilökunnan muiden hoitoyksiköiden henkilökunnasta. Hoitokulttuuri rakentuu yhteiselle historialle ja se opitaan vähitellen hoitoyksikön arjen työtilanteissa. (Laakkonen 2004, 54–55.)

Suomessa vaativan hoidon sairaalapalveluista vastaa yliopisto- tai keskussairaala ja näiden lisäksi sairaalapalveluja annetaan myös aluesairaaloissa ja kaupunginsairaaloissa. Myös terveyskeskusten vuode- ja kuntoutusosastoja kutsutaan sairaaloiksi. (Sairaalat ja erikoissairaanhoidon n.d.) Päivystyksessä potilaalle annetaan kiireellistä hoitoa, jolla tarkoitetaan ”äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista.” Kiireellistä hoitoa ja ensiapua annetaan suurten terveyskeskusten ja sairaaloiden yhteydessä ympärivuorokautisissa päivystysyksiköissä. (Päivystys n.d.) Akuuteilla vuode- ja kuntoutusosastoilla hoidetaan päivystyksestä, muilta osastoilta tai muista sairaaloista äkillisen hoidontarpeen tai jatkohoidon tarpeen takia osastolle tulleita potilaita yleensä erikoisalojen mukaisesti.

Akuuttihoitotyön sairauskeskeinen luonne ei aina vastaa hauraimpien, iäkkäiden potilaiden kompleksisiin tarpeisiin (Aminzadeh & Dalziel 2002; Bridges, Collins, Flatley, Hope & Young 2020, 9; Geriatric emergency department guidelines 2013, 3; Hynninen 2016; Nilsson, Rasmussen & Edvardsson 2016). Ikääntyneelle potilaalle yllättävä sairaalaan joutuminen on jo itsessään stressitekijä. Päivystyksen ja akuuttiosastojen toiminta on hektistä ja tiukan hoitajamitoituksen takia hoitajilla ei ole niin paljon aikaa potilaille kuin ehkä olisi tarpeen. (Dierckx de Casterlé, Mertens, Steenacker & Denier 2020, 5, 8, 11; Hallikainen 2019; Koskeniemi, Leino-Kilpi & Suhonen 2013; Nilsson ym. 2016, 50.) Nilssonin ja muiden (2016) tutkimuksen mukaan tällä on negatiivisia seuraamuksia myös hoitajalle; hänen persoonalliselle ja ammatilliselle eheyden tunteelleen, kun hoitotyötä ei kykene toteuttamaan niin hyvin kuin toivoisi. Koskeniemi ja muut (2013) ovat tutkimuksessaan selvittäneet ikääntyneiden potilaiden ja heidän omaistensa kokemuksia kunnioittavasta hoidosta akuuttisairaanhoidossa. Tutkimuksessa ilmeni, että potilaat toivoivat hoitajien olevan empaattisia ja ystävällisiä. Sekä potilaiden että omaisten toiveena oli, että hoitajilla olisi aikaa keskustella kiireettömästi ja he olisivat aidosti kiinnostuneita potilaan asioista. Yllättävä sairaalaan joutuminen lisäsi hermostuneisuutta ja stressaantuneisuutta, johon hoitajien lämmin ja huumorintajuinen olemus auttoi. Selkeä informaatio hoidon eri vaiheissa koettiin myös hyvin tärkeäksi. (Mt.) Myllärin (2017) väitöstutkimuksen mukaan ikääntyneet päivystyspotilaat kokivat, että haavoittuvaisimpien potilaiden erityistarpeiden huomiointi ja niihin vastaaminen olivat päivystyksessä riittämättömällä tasolla. Kielteisinä asioina tuotiin esiin myös puutteelliset henkilökuntaresurssit, hoitohenkilökunnan kiinnostuksen puute, tylsyys ja toiminnan liukuhihnaisuus. (Mt.) Samoja asioita akuuttihoitotyön luonteeseen liittyen on tullut esiin myös laajassa, systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa iäkkäiden potilaiden esiintuomina. Potilaiden kokemuksissa korostui henkilökohtaisten tarpeiden jääminen taka-alalle osaston tiukasti aikataulutettujen rutiinien ja kiireen vuoksi. (Bridges ym. 2020, 8.)

Väestön ikääntyessä maailmanlaajuisesti päivystys- ja sairaanhoidonpalveluita on alettu kehittää iäkkäitä potilaita ajatellen (Deschodt, Claes, Van Grootven, Van den Heede, Flamaing, Boland & Milisen 2016; Graf, Zekry, Giannelli, Michel & Chevalley 2011; Pitkälä & Tilvis 2012, 564). Iäkkäiden potilaiden akuuttihoitoon keskittyneiden geriatrinen yksiköiden on todettu lisäävän hoidon tuloksellisuutta monilla eri osa-

alueilla (Fox, Persaud, Maimets, O'Brien, Brooks, Tregunno & Schraa 2012; Fox, Sidani, Persaud, Tregunno, Maimets, Brooks, O'Brien 2013; Hickman, Phillips, Newton, Halcomb, Al Abed & Davidson 2015) ja muun muassa deliriumpotilaiden hoitoon liittyviä näkökulmia on myös tutkittu (Shields, Henderson & Caslake 2017; Steen ym. 2013). Monissa maissa toimivat geriatriset päivystykset tai päivystystiimit pyrkivät toiminnallaan vastaamaan iäkkäiden potilaiden moninaisiin ja haasteellisiin tarpeisiin. Geriatrisen päivystyksen tavoitteena on tunnistaa ne iäkkäät potilaat, jotka hyötyvät sairaalahoidosta, ja järjestää jatkohoito avopuolelle niille potilaille, jotka eivät vaadi tai hyödy sairaalahoidosta (Geriatric emergency department guidelines 2013; 3).

Geriatrisen arvioinnin tavoitteena on systemaattisen ja moniammatillisen työskentelyn avulla kuulla iäkkään oma ääni ja tarina sekä saada kokonaisvaltainen kuva iäkkään potilaan tilanteesta ja näin lisätä potilaan autonomiaa, toimijuutta ja elämänlaatua. Geriatrisessa arvioinnissa potilas nähdään keskeisenä hoitonsa asiantuntijana, minkä lisäksi kukin ammattiryhmä tuo hoitoon oman asiantuntijuutensa. (Jäntti 2015.) Päivystyspoliklinikoilla toteutettu geriatrinen arviointi voi vähentää iäkkään potilaan sairaalahoidon ja uusintakäyntien tarvetta. Tämän edellytys on moniammatillinen työskentely päivystyksessä, mutta myös päivystyksen ja kotihoidon sidosryhmien kesken. (Palonen & Tuomisto 2018; Wuorela & Viikari 2019, 1581.) Geriatrinen arviointi näyttääkin olevan hyödyllisintä silloin kun iäkkään potilaan terveydentilassa tai toimintakyvyssä tapahtuu äkillinen muutos (Jäntti 2015; Pitkälä & Tilvis 2012, 564). Se on hyödyllinen myös geriatristen oireyhtymien ja kotona pärjäämättömyyden selvittelyissä sekä leikkausten yhteydessä (Jäntti 2015). Geriatrisen arvioinnin tueksi on kehitetty erilaisia tarkistuslistoja ja mittareita (Jäntti 2015; TOIMIA-tietokanta n.d.; Wuorela & Viikari 2019, 1581–1583). Akuutissa sairaalahoidossa ehditään kuitenkin perehtyä usein vain potilaan akuuttiin ongelmaan ja kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin toteuttaminen on haasteellista kiireen ja lyhyiden hoitoaikojen puitteissa (Pitkälä & Tilvis 2012, 564).

Tässä opinnäytetyössä akuutin sairaalahoidon toimintaympäristöllä tarkoitetaan sairaalan päivystys-, vuode- ja kuntoutusosastoja, joilla hoidetaan äskettäin sairastu-



neita tai loukkaantuneita eri erikoisalojen potilaita, jotka tarvitsevat (perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon) lyhytaikaista, somaattista akuuttisairaanhoidoa. Opinnäytetyössä käytetään yleisesti käsitettä sairaala riippumatta siitä, mikä sairaala on kyseessä, ja käsitettä tarkennetaan vain, mikäli sillä on merkitystä tulosten ymmärrettävyyden kannalta. Hoitokulttuuri ymmärretään olennaisena osana akuutin sairaalahoidon toimintaympäristöä.

## 2.4 Hoitotyön osaaminen iäkkään potilaan akuutissa sairaalahoidossa

Hoitajat ovat terveydenhuollon suurin ammattiryhmä, joten heidän osaamisellaan on merkittävä vaikutus siihen, millaiseen tietoon toiminta perustuu ja kuinka laadukasta hoito on. Hoitajan osaaminen koostuu monipuolisesta tietojen, taitojen, arvojen ja asenteiden yhdistelmästä, joka mahdollistaa ammatillisen kyvyn toimia ja tehdä päätöksiä erilaisissa potilaan hoitoon liittyvissä tilanteissa. Lisäksi osaamisen osa-alueina nähdään henkilökohtaiset kokemukset ja persoonallinen osaaminen sekä eettiset taidot ja vuorovaikutustaidot. (Korhonen ym. 2018, 28, 77; Koskinen, Sievers, Leino-Kilpi & Suhonen 2013, 305; Tiikkainen & Heikkinen 2013.)

Ammattitaitoon sisältyy oman asiantuntijuusalueen, kuten akuuttihoitotyön tai muun erikoisalan substanssiosaaminen (Korhonen ym. 2018, 28; Tiikkainen & Heikkinen 2013). Tämän päälle rakentuu lisäksi erikoisosaamista. Iäkkäiden potilaiden ollessa suuri potilasryhmä akuutissa sairaalahoidossa, tarvitaan työssä myös gerontologista ja geriatriasta osaamista. Gerontologisen hoitotyön lähtökohtana on tunnistaa normaalit vanhenemismuutokset ja erottaa ne sairauden aiheuttamista muutoksista. Geriatriseen osaamiseen sisältyy iäkkään potilaan akuutti- ja pitkäaikaissairauksiin sekä monisairastavuuteen liittyvien ongelmien tunnistaminen ja hoitaminen moniammatillisesti. (Tiikkainen & Heikkinen 2013.) Esimerkiksi ortogeriatriksessa hoitotyössä nähdään oleellisena laaja-alainen, moniammatillinen geriatriinen hoito, joka edellyttää hoitajalta geriatriasta osaamista ortopedisen osaamisen lisäksi. Ortogeriatriksessa hoidossa myös geriatri osallistuu iäkkäiden ortopedisten potilaiden hoitoon heti akuuttivaiheesta alkaen. (Lonkkamurtuma: Käypä hoito -suositus 2017.) Asiantuntijuuden osa-alueiden välillä ei voida määritellä olevan selkeitä rajoja, vaan osaaminen näyttäytyy käytännön hoitotyössä kokonaisuutena, jossa erilainen osaaminen

painottuu eri tilanteissa eri tavalla (Sarajärvi ym. 2011, 42, 44, 46). Työyhteisön näkökulmasta osaaminen tulee nähdä sekä yksilöllisenä että yhteisöllisenä osaamisena (Tiikkainen & Heikkinen 2013).

Erikoissairaanhoidossa hoitoaikojen lyheneminen ja hoitomenetelmien kehittyminen on lisännyt vaatimuksia laaja-alaiselle ja syvälle hoitotyön osaamiselle. Kansainvälisesti laajavastuisella hoitotyöllä on jo pitkä historia, mutta Suomessa hoitotyön asiantuntijatehtävät ovat yleistyneet vasta vuosituhannen vaihteesta. Työnkuvat ja ammattinimikkeet ovat erilaisia eri maissa, mutta yhteistä laajavastuisille hoitotyön asiantuntijatehtäville (esim. asiantuntijasairaanhoitaja tai kliinisen hoitotyön asiantuntija) on ylempi korkeakoulututkinto tai akateeminen jatkotutkinto ja edistyneen tason kliinisen hoitotyön osaaminen, eettinen päätöksenteko, opettaminen ja ohjaaminen, konsultoiminen, näyttöön perustuvat käytännöt, johtaminen, moniammatillinen yhteistyö, tutkimus sekä kehittäminen. Erikoistuneella sairaanhoitajalla taas on oman erikoisalan vahva osaaminen erikoistumiskoulutuksen myötä. (Kotila, Axelin, Fagerström, Flinkman, Heikkinen, Jokiniemi, Korhonen, Meretoja & Suutarla 2016, 8–9, 11, 18, 26, 35.) Kansainvälisesti hoitotyön klinisiä asiantuntijoita tarvitaan erityisesti geriatrinen potilaiden hoidossa ja geriatrisen hoitotyön kehittämisessä kaikilla sektoreilla (Fougère, Morley, Decavel, Nourhashémi, Abele, Resnick, Rantz, Lai, Moyle, Pédra, Chicoulas, Escourrou, Oustric & Vellas 2016).

Näyttöön perustuvan toiminnan osaamisvaatimukset ovat riippuvaisia potilasryhmästä ja organisaatiosta (Korhonen ym. 2018, 82). Iäkkäiden potilaiden hoitotyössä vaadittavasta monipuolisesta osaamisesta ei ole yksiselitteisiä määritelmiä tai osaamiskuvauksia eurooppalaiseen tai suomalaiseen sairaanhoitajien koulutukseen liittyen (Koskinen ym. 2013, 305; Saarnio & Tuomikoski 2019). Kansainvälisesti on eräitä laadittu ja tunnetuimmat lienevät Koskisen ja muiden (2013, 305) mukaan American Association of Colleges of Nursing (AACN) -järjestön kehittämät osaamiskuvaukset ja opetussuunnitelmasuosituks, joissa kuvataan ikääntyneiden hoitotyön osaamisen keskeisimpiä asioita.

Koskisen ja muiden (2013) mukaan iäkkäiden potilaiden hoitotyössä on tärkeää hallita laaja tietoperusta, jonka myötä ikääntymisen moninaisuuden ymmärtäminen ja

luovien ratkaisujen tekeminen potilaan hoidossa mahdollistuvat. Lähtökohtana on yksilöllinen, itsemääräämisoikeutta edistävä ja turvallinen hoitotyö. Näyttöön perustuvan toiminnan ja iäkkäiden hoidon laadun varmistamiseksi tarvitaan monitieteistä tietoa hoito- ja lääketieteellisen tiedon lisäksi. Näyttöön perustuvien käytäntöjen toteutuminen edellyttää moniammatillisia vuorovaikutustaitoja. Perhe ja läheiset tulee osata huomioida sen lisäksi, että toimitaan yhteistyössä potilaan itsensä kanssa kaikissa hänen hoitoaan koskevissa asioissa. Iäkkäiden hoitotyössä korostuvat myös turvallisuuteen liittyvät asiat, ja riskeihin sekä uhkiin tulee osata vaikuttaa näyttöön perustuvien arviointi- ja interventiomenetelmien avulla. Iäkäs potilas tulee kohdata kunnioittavasti ja ammatillisesti. Kaltoinkohtelun ehkäisy, tunnistaminen ja raportointi on myös tärkeää. (Mts. 306.)

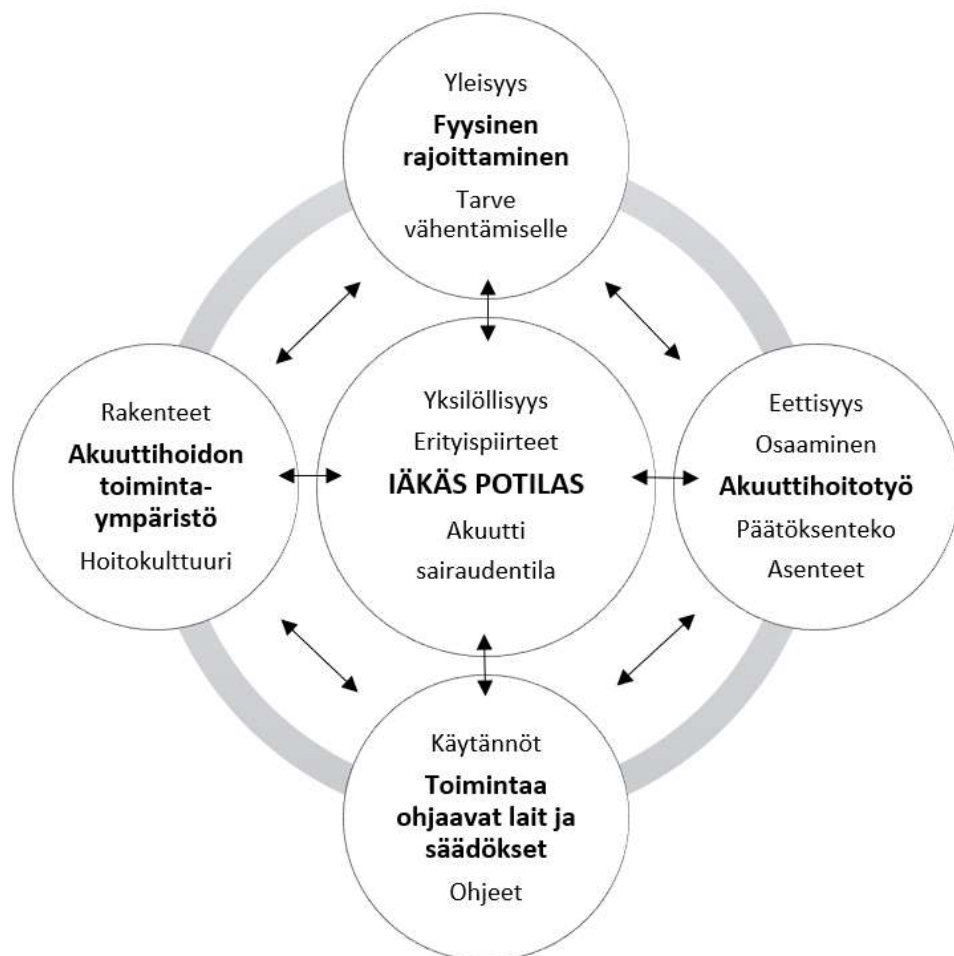
Vaativien, potilaan hoitoa koskevien päätösten tekeminen on keskeinen osa hoitotyötä. Päätöksillä pyritään edistämään potilaan etua ja turvallista hoitoa. Hoitajat joutuvat kuitenkin tekemään potilaan hoitoa koskevia päätöksiä myös kiireessä ja paineen alla. Hoitotyön tutkimussäätiön (Hotus) teettämän tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijät kokivat vaativaa päätöksentekoa edellyttäväksi tilanteiksi haavoittuvassa asemassa olevan potilaan hoitamisen ja potilaan rajoittamiseen liittyvän päätöksenteon. Vaativiksi koettiin muun muassa tilanteet, joissa potilas ei pystynyt ilmaisemaan omaan tahtoon esimerkiksi muistisairauden vuoksi. Vaativissa päätöksentekotilanteissa hoitajat tukeutuivat näyttöön perustuvaan tietoon, ammattilaisten asiantuntijuuteen (esim. kollega, moniammatillinen verkosto) ja potilaan sekä omaisten tuottamaan tietoon. Päätöksenteon vaativuutta lisäsivät siihen liittyvät eettiset ja emotionaaliset tekijät (Oikarainen, Siltanen, Korhonen & Holopainen 2018, 11, 17-25, 34, 41.) Tölli, Partanen, Kontio ja Häggman-Laitila (2017) ovat tutkineet erilaisten koulutusinterventioiden vaikutusta hoitajien taitoon hallita potilaan haasteellisesta käytöksestä aiheutuvia tilanteita. Vaikutusta nähtiin olevan enemmän henkilökunnan ammatilliseen varmuuteen ja eskaloituneiden tilanteiden vähenemiseen kuin hoitajien asenteisiin ja tietämykseen. Tutkimuksessa tuotiin kuitenkin esiin, että eri koulutusinterventioiden vertailu oli vaikeaa. (Mt.)

lääkkäiden potilaiden hoitamista voidaan pitää eettisesti erityisen vaativana. Hoitotyön keskeisiä arvoja ja eettisiä periaatteita ovat hyvän tekeminen, vahingon välttäminen, ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden kunnioittaminen sekä oikeudenmukaisuus. (Sarvimäki 2009, 28.) Nilsson ja muut (2016, 53) nostavat esiin huolen siitä, jos hoitaja ei pysty toteuttamaan hoitotyötä ammatillisten ja henkilökohtaisten arvojensa mukaisesti, mikä voi johtaa negatiivisiin seuraamuksiin, kuten kynnisyteen, uupumukseen tai jopa alan vaihtoon. Myös viimeisimmän Kunta10-tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että kuntasektorilla jopa kolmannes vanhustenhoidon työntekijöistä kokee työssään merkittävää eettistä kuormitusta, jota aiheutuu esimerkiksi siitä, kun joutuu työssä toimimaan omien arvojen vastaisesti eikä pysty antamaan tarpeeksi hyvää hoitoa ajanpuutteen tai töiden organisoinnin takia. Eettisen kuormituksen lisäämä psyykkinen rasittuneisuus tuotiin esiin juuri alan vaihdon harjoittamisena. (Työntekijöiden eettinen kuormitus vanhustenhoidossa huolestuttaa 2019.)

Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (ETENE) näemyksen mukaan ammatillinen osaaminen on Suomessa yleisesti hyvällä tasolla, mutta joillakin alueilla haasteita kuitenkin ilmenee. Iäkkäiden, monisairaiden potilaiden hoitotyössä on jo pitkään raportoitu olevan ongelmia ja selkeitä puutteita osaamisessa sekä asenteissa. (Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla 2012, 33.) Myös Hoitotyön tutkimussäätiön teettämän tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan asenteissa oli runsaasti puutteita, jotka ilmenivät muun muassa huonona työmoraalina, ikääntyneiden arvostuksen ja kunnioituksen puutteena sekä ikääntyneiden esineellistämisenä ja rutiininomaisena hoitona. Hoitohenkilökunnan asenteilla nähtiin olevan jopa henkilöstömäärää suurempi merkitys ikääntyneiden hyvässä hoidossa ja asennekoulutukselle katsottiin olevan tarvetta. (Korhonen ym. 2015, 23.) Hoitotyöntekijöiden tulee noudattaa hoidossa hyväksytyjä hoitomenetelmiä ja -käytäntöjä yhteisymmärryksessä iäkkään potilaan kanssa. Hoitajalla on vastuu siitä, että hoitotyön käytäntö ja hoitoon liittyvät valinnat eivät vahingoita potilasta. (Korhonen ym. 2018, 25–26.)

Tässä opinnäytetyössä hoitajalla tarkoitetaan kaikkia potilaan välittömään hoitoon osallistuvia hoitotyöntekijöitä ja käsitettä tarkennetaan vain, mikäli sillä on merkitystä tulosten ymmärrettävyyden kannalta. Osaamisen ilmenemismuotoina ymmärretään hoitotyön käytäntöjen, päätöksenteon ja asenteiden kokonaisuus, joka suoraan heijastuu iäkkään potilaan saamaan hoitoon ja kohteluun sairaalassa. Eettisyys nähdään merkittävänä osaamisalueena iäkkään potilaan hoitotyössä.

Kuviossa 1 kuvataan teoreettisen viitekehyksen keskeiset elementit.



Kuvio 1. Teoreettisen viitekehyksen keskeiset elementit

Opinnäytetyön kontekstissa iäkäs potilas nähdään kaiken keskiössä. Opinnäytetyön lähtökohtana on tarkastella iäkkään potilaan fyysistä rajoittamista akuuttihoitotyön näkökulmasta.

### 3 Fyysinen rajoittaminen hoitotyössä

Potilaan rajoittamista käsitellään kirjallisuudessa eri näkökulmista. Rajoittamisella voidaan tarkoittaa esimerkiksi fyysisten, mekaanisten, teknologisten, kemiallisten tai psyykkisten rajoitteiden käyttämistä hoitotyössä (Saarnio 2009, 20). Tässä opinnäytetyössä keskitytään tarkastelemaan iäkkään potilaan fyysistä rajoittamista sairaalahoidossa.

#### 3.1 Fyysisen rajoittamisen määritelmä

Aiemmassa kirjallisuudessa fyysisen rajoittamisen käsitettä ei ole yksiselitteisesti määritetty. Laajimmassa merkityksessään fyysinen rajoittaminen tarkoittaa mitä tahansa interventiota, jonka tarkoituksena on rajoittaa henkilön liikkumisvapautta, vartalon normaalia toimintaa tai valvoa hänen käytöstään. Suppeamman näkemyksen mukaan fyysisen rajoitteen voidaan ajatella olevan henkilön vartalossa kiinni oleva tai irrallaan oleva laite tai apuväline, jonka tarkoituksena on rajoittaa henkilön vapaata liikkumista. (Gunawardena & Smithard 2019, 2; JBI 2002, 2; Saarnio 2009, 20–23.) Fyysinen rajoittaminen voidaan jakaa myös suoraan ja epäsuoraan rajoittamiseen. Epäsuora rajoittaminen voi olla hoitajan passiivista suhtautumista tai toimimista, potilaan jatkuvaa valvontaa, apuvälineiden jättämistä niin, ettei potilas yletä niihin tai hoitajakutsuun vastaamatta jättämistä. Suoralla rajoittamisella tarkoitetaan jonkin välineen avulla tapahtuvaa rajoittamista. (Gunawardena & Smithard 2019, 4.) Rajoittaminen voidaan myös nähdä erilaisina käytännön toimina, joilla saadaan toinen tekemään jotain, mitä hän ei halua tehdä, tai vastaavasti lopettamaan sellainen tekeminen, jota hän haluaa tehdä. Tästä näkökulmasta esimerkiksi osaston säännönmukaiset rutiinit, kuten esimerkiksi tiukat heräämisajat, rajoitetut vierailuajat, mutta myös esimerkiksi vähemmän ilmeiset, kuten henkilökunnan autoritaarinen suhtautuminen potilaisiin, voidaan nähdä rajoittavina hoitotyön käytäntöinä. Näistä aiheutuneita haasteita kohdataan erityisesti akuuttihoitotyön toimintaympäristössä, jossa iäkkään potilaan sopeutumattomuus hoitoympäristöön voi ilmetä haasteellisenä käy-

töksenä. (Xyrichis ym. 2018.) Fyysistä rajoittamista voidaan tarkastella myös iäkkäiden kaltoinkohtelun näkökulmasta, mutta tässä kontekstissa rajoittamisesta on vasta vähän tutkimustietoa (Cooper & Livingston 2016, 184–185; Korhonen ym. 2015, 28).

Yleisimpiä rajoittavia laitteita tai välineitä ovat muun muassa sängynlaidat, geriatrinen tuoli, magneettivyö, erilaiset rannesidokset, lepositeet ja vuodevaatteet. Myös huoneen tai osaston oven lukitsemisen voidaan katsoa olevan fyysistä rajoittamista. (Gunawardena & Smithard 2019, 4; Saarnio 2009, 20–23.) Yksittäistä sängynlaitaa ei välttämättä nähdä rajoitteena vaan potilaan liikkumista ja kääntymistä avustavana välineenä (vrt. Kalula & Petros 2016, 6). Eri tutkimuksissa onkin eroja siinä, määritelläänkö ylös nostetut sängynlaidat fyysiseksi rajoitteeksi (Saarnio 2009, 24–25; Shanahan 2012, 273–274) ja joissakin tutkimuksissa sängynlaitoihin viitataan esimerkiksi eikajoavina rajoitustoimina (Goethals, Dierckx de Casterlé & Castmans 2013, 606). Korkealta putoamisen ehkäisemiseksi käytetään myös lattian tasolla olevia matalia sänkyjä, mutta joissakin tutkimuksissa nekin määritellään passiiviseksi rajoitteeksi (Haines, Bell & Varghese 2010, 436, 449; Shanahan 2012, 274, 278). Liikkumista voidaan myös rajoittaa vuoteen tai geriatrisen tuolin asettamisella sellaiseen asentoon, että potilaan on hankala päästä liikkeelle (Gunawardena & Smithard 2019, 4). Tässä opinäytetyössä fyysistä rajoittamista tarkastellaan laajimman tulkinnan mukaan, jolloin rajoitteena voi toimia mikä tahansa väline tai teko, jolla potilaan liikkumista tai toimintaa rajoitetaan tai valvotaan.

### 3.2 Fyysisen rajoittamisen lainsäädäntö ja toimintaa suuntaavat ohjeet

Potilaan hoitoa ohjaavat lainsäädännön ohella ammatilliset ja eettiset säädökset sekä hoitosuositukset ja käytännön toimintaohjeet. Periaatteena on aina pyrkiä hoitamaan potilasta hänen kanssaan yhteisymmärryksessä. Tilanteissa, joissa syystä tai toisesta ei voida luottaa potilaan omiin hoitoa koskeviin toiveisiin, kuten esimerkiksi potilaan sekavuuden vuoksi, tulee potilasta hoitaa parhaalla mahdollisella tavalla. (Ämmälä & Ekelund 2012, 648.)

Suomessa ei ole potilaan fyysiseen rajoittamiseen liittyvää lainsäädäntöä kohdentuen somaattiseen sairaalahoitoon (Liikkumista rajoittavine turvavälineiden käyttö 2020).

Suomen perustuslain (731/1999, 7 §) mukaan jokaisella ihmisellä on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Ketään ei saa kohdella ihmisarvoa loukkaavasti eikä ihmisen henkilökohtaiseen koskemattomuuteen saa puuttua ilman laissa säädettyä perustetta. Potilaan itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa vain lain antamin perustein. Näitä lakeja terveydenhuollossa ovat mielenterveyslaki (1116/1990), päihdehuoltolaki (41/1986), kehitysvammaisten erityishuoltolaki (519/1977), tartuntatautilaki (583/1986) ja lastensuojelulaki (417/2007). (Itsemääräämisoikeus ja sen poikkeukset 2013.)

Rajoitustoimenpiteitä käytettäessä tulee aina tapauskohtaisesti miettiä, onko esimerkiksi potilaan hoitamatta jättäminen vahingollisempaa kuin tilapäinen itsemääräämisoikeuden rajoittaminen. Rikoslain luvut 4 ja 5 § käsittelevät hätävarjelua ja pakkotilaa. Hätävarjelu antaa oikeuden puolustaa henkeen, terveyteen, koskemattomuuteen tai omaisuuteen kohdistuvaa oikeudetonta hyökkäystä vastaan. Pakkotilan puolestaan katsotaan olevan ”oikeudellisesti suojattuun etuun kohdistuvan välittömän ja pakottavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen teko, silloin kun vaara aiheutuu muusta syystä kuin oikeudettomasta hyökkäyksestä”. Tällainen tilanne on esimerkiksi silloin, jos sekavaa potilasta lääkitään rauhoittamistarkoituksessa, jotta hänelle voidaan antaa hänen terveydentilansa vaatimaa hoitoa. (Nykänen 2015.)

Fyysisen rajoittamisen tulee aina perustua potilasturvallisuuden takaamiseen, ja jokaisella kerralla tulee tarkoin harkita, voidaanko jotakin muuta turvallisuutta edistävää keinoa käyttää. Liikkumisen rajoittamisesta tulisi aina keskustella potilaan ja omaisten kanssa, ja päätöksestä vastaa aina potilaan hoitava lääkäri. Potilasasiakirjoihin tulee kirjata päätös liikkumisen rajoittamisesta sekä kaikki liikkumista rajoittavien välineiden käyttökerrat. Vaikka potilaan kohdalla olisikin lupa rajoittamistoimille, tulee hoitajan aina tapauskohtaisesti harkita rajoittamistoimia. Rajoittamistoimia jatketaan vain sen aikaa kuin on tarpeellista ja käytön aiheellisuutta on arvioitava riittävän useasti. (Kalula & Petros 2016, 6–7; Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö 2020.)



Hoitaminen on eettistä toimintaa, jota voidaan tarkastella potilaan tai hoitotyön ammattilaisen näkökulmasta, mutta myös organisaatioon kohdistuu haasteita, jotta eettisesti kestävä toiminta voidaan mahdollistaa ja turvata. Sekä terveydenhuollon organisaatio, että työyhteisö ohjaavat kirjoitettujen ja kirjoittamattomien sääntöjensä avulla, millainen toiminta ja käytös on eettisesti hyväksyttyä ja sallittua. Samoin nämä säännöt ohjaavat sitä, miten puututaan eettisiin haasteisiin ja ongelmiin sekä eettisesti kyseenalaiseen tai väärään toimintaan. Jos hoitaja jättää noudattamatta hoitosuositusta, ei potilas saa hoitoa, jota hänen tilansa edellyttäisi tai johon hänellä olisi oikeus. (Korhonen ym. 2018, 24, 32.) Esimerkiksi käytösongelmaisten muistisairaiden potilaiden hoitokäytännöt ovat hyvin kirjavia sairaaloiden akuuttivuodeosastoilla. Käytännön toimintaohjeita ja hoitosuosituksia tarvitaan, jotta pystytään takaamaan tasalaatuinen ja yhdenvertainen hoito kaikille potilaille. Myös fyysisten rajoitteiden käytölle tulisi laatia selkeät toimintaohjeet sekä yksikkö- että organisaatiotasolla. (Hynninen 2016.)

Sairaanhoitajien eettistä päätöksentekoa päivittäisessä hoitotyössä tukevat Sairaanhoitajaliiton laatimat eettiset ohjeet ja kollegiaalisuusohjeet (Ammattietiikka ja kollegiaalisuus n.d.), Valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan ETENEn kokoamat julkaisut sosiaali- ja terveystieteen ammattieettisistä periaatteista (Ammattietiikka n.d.) sekä kansainväliset sairaanhoitajien eettiset ohjeet (The ICN Code of Ethics for Nurses 2012).

### 3.3 Fyysisen rajoittamisen syyt, seuraukset ja yleisyys

Hoitotoimenpiteiden turvaaminen on yleinen syy fyysisten rajoitteiden käytölle akuuttihoitossa (Dahlke, Hunter & Negrin 2018, 9; Gunawardena & Smithard 2019, 4; McCabe, Alvarez, McNulty & Fitzpatrick 2011, 43), mutta päivystyksessä yleisin syy on henkilökunnan suojaaminen fyysiseltä väkivallalta (McCabe ym. 2011, 39, 43). McCabe ja muut (2011, 44–45) tunnistivat eroavaisuuksia eri erikoisalojen välillä liittyen rajoittamiskäytäntöihin ja henkilökunnan suhtautumiseen. Goethalsin, Dierckx de Casterlén ja Gastmansin (2012, 1204) mukaan taas on vaikeaa osoittaa eroja eri hoitoyksiköiden yhteyksistä rajoittamiseen, mutta on nähtävissä, että akuuttihoi-

dossa painottuu potilaan elintoimintojen turvaaminen ja näin ollen rajoittamistoi-  
mien perusteena on monesti terapeuttien hoitotoimenpiteiden turvaaminen. Kalu-  
lan ja Petroksen (2016, 5) tutkimuksessa fyysistä rajoittamista tapahtui enemmän si-  
sätautiosastoilla, koska siellä esiintyi enemmän deliriumin aiheuttamaa sekavuutta,  
kun taas kirurgisilla osastoilla käytettiin enemmän kemiallista rajoittamista, jossa sillä  
nähtiin olevan hyötyä postoperatiivisen kivunhoidon näkökulmasta.

Akuuttihoitotyössä potilaan fyysinen rajoittaminen on edelleen yleistä huolimatta sii-  
hen liittyvistä haasteista ja rajoittamisen vähentämisen vaatimuksista (Lach, Leach &  
Butcher 2016). Vaikka fyysinen rajoittaminen on monilta osin ongelmallinen kysymys  
akuuttihoitossa (Antonelli 2008; Gunawardena & Smithard 2019; Kalula & Petros  
2016; Lach ym. 2016), on sitä kuitenkin esimerkiksi Suomessa tutkittu varsin vähän.  
Kokko, Hokkinen, Vanjoki ja Lönnroos (2017) ovat tutkineet fyysisen rajoittamisen  
yleisyyttä Kuopion kaupunginsairaalan akuuttivuodeosastoilla, ja tulosten mukaan yli  
puolet potilaista joutui fyysisen rajoittamisen kohteeksi (mts. 529–530). Hynninen  
(2016, 67–68) on väitöskirjatutkimuksessaan taas todennut rajoitteiden käytön vä-  
hentyneen kirurgisilla vuodeosastoilla. Saarnion (2009) väitöstutkimuksessa ilmeni,  
että fyysinen rajoittaminen on hyvin yleistä vanhusten laitoshoidossa. Jopa 88 % ky-  
selyyn vastanneista hoitotyöntekijöistä kertoi fyysistä rajoittamista tapahtuneen jos-  
sain muodossa työyksiköissään tutkimusta edeltäneen viikon aikana. Eniten rajoitta-  
mista ilmeni terveyskeskusten vuodeosastoilla ja vähiten yksityisissä vanhainko-  
deissa. (Mts. 55.)

Kansainvälisessä mittakaavassa fyysisen rajoittamisen esiintyvyyden vertailu akuutti-  
hoidossa eri maiden välillä on haasteellista, koska eri maissa tehdyissä tutkimuksissa  
fyysinen rajoittaminen on määritelty eri tavalla, ja tutkimusasetelmat eroavat suu-  
resti toisistaan (Kalula & Petros 2016, 5). Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan  
fyysisen rajoittamisen esiintyvyys akuutissa sairaalahoidossa oli 50 potilasta tuhatta  
hoitopäivää kohden. Fyysinen rajoittaminen oli huomattavasti yleisempää teho-osas-  
toilla kuin vuodeosastoilla, ja ventilaattorihoito lisäsi riskiä tulla rajoitetuksi. (Min-  
nick, Mion, Johnson, Catrambone & Leipzig 2007.) Saksassa tehdyn tutkimuksen mu-

kaan fyysisen rajoittamisen esiintyvyys akuuttihoitossa oli 11,8 %. Fyysisen rajoittamisen kohteeksi joutumista lisäsivät korkea ikä, virtsakatetri, enteraalinen ravitseminen ja tehohoito. (Krüger, Mayer, Haastert & Meyer 2013, 1603.)

Fyysisten rajoitteiden käyttö altistaa ikääntyneen potilaan sekä fyysiselle että psyykkiselle kaltoinkohtelulle (Gunawardena & Smithard 2019, 5; Saarnio 2009, 88). Rajoittaminen voi muun muassa pahentaa potilaan sekavuutta, huonontaa potilaan toimintakykyä, lisätä kaatumisia, aiheuttaa painehaavoja ja johtaa jopa kuolemaan (Evans, Wood & Lambert 2003; Gunawardena & Smithard 2019, 5; Hendlmeier ym. 2019, 220; Shanahan 2012, 274). Gunawardenan ja Smithardin (2019, 7) mukaan rajoittamisen välttämällä voi olla vaikutusta hoitoaikojen lyhenemiseen.

Möhlerin ja Meyerin (2014) mukaan fyysisellä rajoittamisella on vaikutuksia myös hoitajiin. Systemaattisen katsauksen mukaan hoitajat kokivat eettistä ristiriitaa rajoittamistoimista; toisaalta rajoittamistoimet koettiin negatiivisena asiana, mutta ilman niitä hoitajat olivat huolissaan potilaiden itselleen aiheuttamista vahingoista. Fyysisen rajoittamisen aiheuttamista negatiivisista tuntemuksista huolimatta hoitajat havaitsivat rajoittamisen tarvetta useissa eri tilanteissa. Rajoittamistoimet perustuivat hoitajien mukaan aina potilasturvallisuuden takaamiseen, kuten esimerkiksi potilaan kaatumisen tai putoamisen estämiseen. Katsauksen mukaan hoitajien asenteet rajoittamista kohtaan eivät ole muuttuneet aikojen saatossa. (Mt.) Kansainvälisistä tutkimuksista nousee esiin, että mitä vähemmän hoitajilla on tietoa vaihtoehtoisista toimintatavoista, sitä enemmän he kokevat tarvetta käyttää fyysistä rajoittamista hoitotyössä (Gunawardena & Smithard 2019, 7; Möhler & Meyer 2014, 283).

## 4 Tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön **tarkoituksena** on kuvata aikaisemman kirjallisuuden perusteella tekijöitä, jotka ovat yhteydessä iäkkään potilaan fyysiseen rajoittamiseen akuutissa sairaalahoidossa.

Opinnäytetyön **tavoitteena** on tuottaa integratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla tietoa iäkkään potilaan fyysisestä rajoittamisesta akuutissa sairaalahoidossa, jotta fyysisen rajoittamisen taustalla olevia tekijöitä voidaan tunnistaa ja nostaa keskusteluun. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää akuuttihoitotyön kehittämisessä, jotta iäkkään potilaan fyysistä rajoittamista voidaan vähentää.

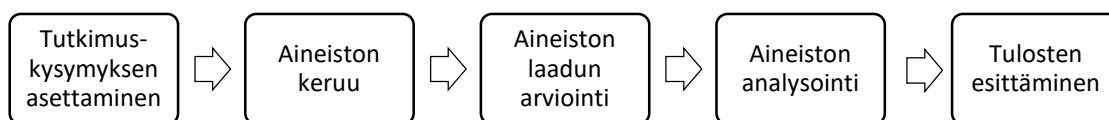
**Opinnäytetyön tutkimuskysymys on:**

Millaiset tekijät ovat yhteydessä iäkkään potilaan fyysiseen rajoittamiseen akuutissa sairaalahoidossa kirjallisuuden perusteella?

## 5 Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin integratiivisen kirjallisuuskatsauksen menetelmällä. Katsauksella pyrittiin olemassa olevan tutkimuskirjallisuuden systemaattiseen löytämiseen, laadun tarkasteluun sekä aineiston analyysiin ja synteysiin (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 13-14). Integratiivinen kirjallisuuskatsaus on laajin kaikista kirjallisuuskatsaustyypeistä ja siinä voidaan käyttää sekä teoreettista että empiiristä aineistoa, jotta saadaan mahdollisimman kattava kuva katsauksen kohteena olevasta ilmiöstä (Hopia, Latvala & Liimatainen 2016, 667; Suhonen ym. 2016, 13; Whittemore & Knafl 2005, 547).

Integratiivinen kirjallisuuskatsaus koostui viidestä eri vaiheesta (Hopia ym. 2016; Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016; Whittemore & Knafl 2005), jotka esitetään kuviossa 2.



Kuvio 2. Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen prosessi

Integratiivisessa katsauksessa tutkimusongelman tunnistaminen on oleellista, ja erityisen tärkeää on tuoda tutkimuksen tarkoitus selkeästi esille (Hopia ym. 2016, 667). Tutkimuskysymyksen merkitys on keskeinen. Sen tulee olla riittävän täsmällinen ja rajattu, mutta toisaalta riittävän väljä, jotta ilmiötä voidaan tarkastella monesta näkökulmasta. Tutkimuskysymyksen näkökulman tulee olla perusteltu. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 295; Niela-Vilén & Hamari 2016, 24.) Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaun kannalta tärkein kriteeri oli saada tietoa iäkkään potilaan fyysiseen rajoittamiseen yhteydessä olevista tekijöistä akuutissa sairaalahoidossa. Ilmiöstä haluttiin saada mahdollisimman laaja kuva ja se huomioitiin tutkimuskysymyksen asettelussa.

## 5.1 Tiedonhaku

Tiedonhakua ja tietoperustan rakentamista aloitettiin syksyllä 2018 Hoitotyön kliiniset erityiskysymykset -opintojaksolla alustavan kirjallisuuskatsauksen avulla ja jatkettiin opinnäytetyön muodossa kesän 2019 aikana. Lopullinen tiedonhaku suoritettiin syksyllä 2019 yhteen kotimaiseen ja kuuteen kansainväliseen tietokantaan, jotka olivat saatavilla Jyväskylän ammattikorkeakoulun, Tampereen yliopiston sekä Itä-Suomen yliopiston kirjastojen tarjoamilla lisensseillä. Korkeakoulukirjastoilla oli samoihin tietokantoihin käytössä eri käyttöliittymiä ja lopullinen haku suoritettiin siinä käyttöliittymässä, jossa oli parhaimmat mahdollisuudet haun rajauksiin. Hakusanat ja -lausekkeet muokattiin jokaiseen tietokantaan sopiviksi. Joissakin tietokannoissa oli oma asiasanastonsa, jolloin hyödynnettiin niitä. Jokaiseen tietokantaan kokeiltiin useita eri hakusanoja ja -lausekkeitä, joiden perusteella valikoitiin kattavimman aineiston antaneet hakusanat ja -lausekkeet. Samoja haun rajauksia käytettiin mahdollisuuksien mukaan, jotta haku pysyi mahdollisimman samanlaisena kaikissa tietokannoissa.

(Lehtiö & Johansson 2016, 51). Taulukkoon 1 on koottu tutkimuksessa käytetyt tietokannat ja tietokannoissa käytetyt hakusanat. Käyttöliittymä mainitaan suluissa tietokannan yhteydessä.

Taulukko 1. Tutkimuksessa käytetyt tietokannat ja hakusanat

<b>Tietokanta</b>	<b>Hakusanat/-lausekkeet</b>
<b>CINAHL Complete (EBSCO host)</b>	restraint AND (aged OR elderly OR senior OR "older people" OR geriatric)
<b>PubMed</b>	((physical restraint[MeSH Terms]) AND (restrain* AND (aged OR old OR older OR elderly OR geriatric)))
<b>Scopus (Elsevier)</b>	("physical restrain*") AND (old OR older OR aged OR elderly OR geriatric)
<b>Web of Science Core Collection</b>	"physical restrain*" AND (old* OR elderly OR geriatric)
<b>Academic Search Elite (EBSCO)</b>	"physical restraint" AND (aged OR elderly OR senior OR "older people" OR geriatric)
<b>PsycINFO (EBSCO)</b>	("physical restraint" OR restraint) AND (aged OR elderly OR senior OR "older people" OR geriatric)
<b>Medic</b>	(rajoitt* OR "fys*rajoitt*" OR "physical restrain*" OR restrain*) AND (iäkk* OR vanhu* OR old OR elder* OR aged* OR geriatric*)

Tiedonhakustrategiaan kuului olennaisena osana tutkimusten mukaanotto- ja pois-sulkukriteerien muodostaminen. Kriteerien tehtävänä oli helpottaa relevantin kirjallisuuden tunnistamista sekä varmistaa, että katsaus pysyi suunnitellussa fokuksessa. Lisäksi esimerkiksi vuosilukurajaus helpotti aineiston koon hallintaa. Kokotekstin saatavuuden tai kielen ei tulisi määrittää mukaanotto- tai poissulkukriteereitä, mutta tässä opinnäytetyössä näistä periaatteista joustettiin. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 26.)

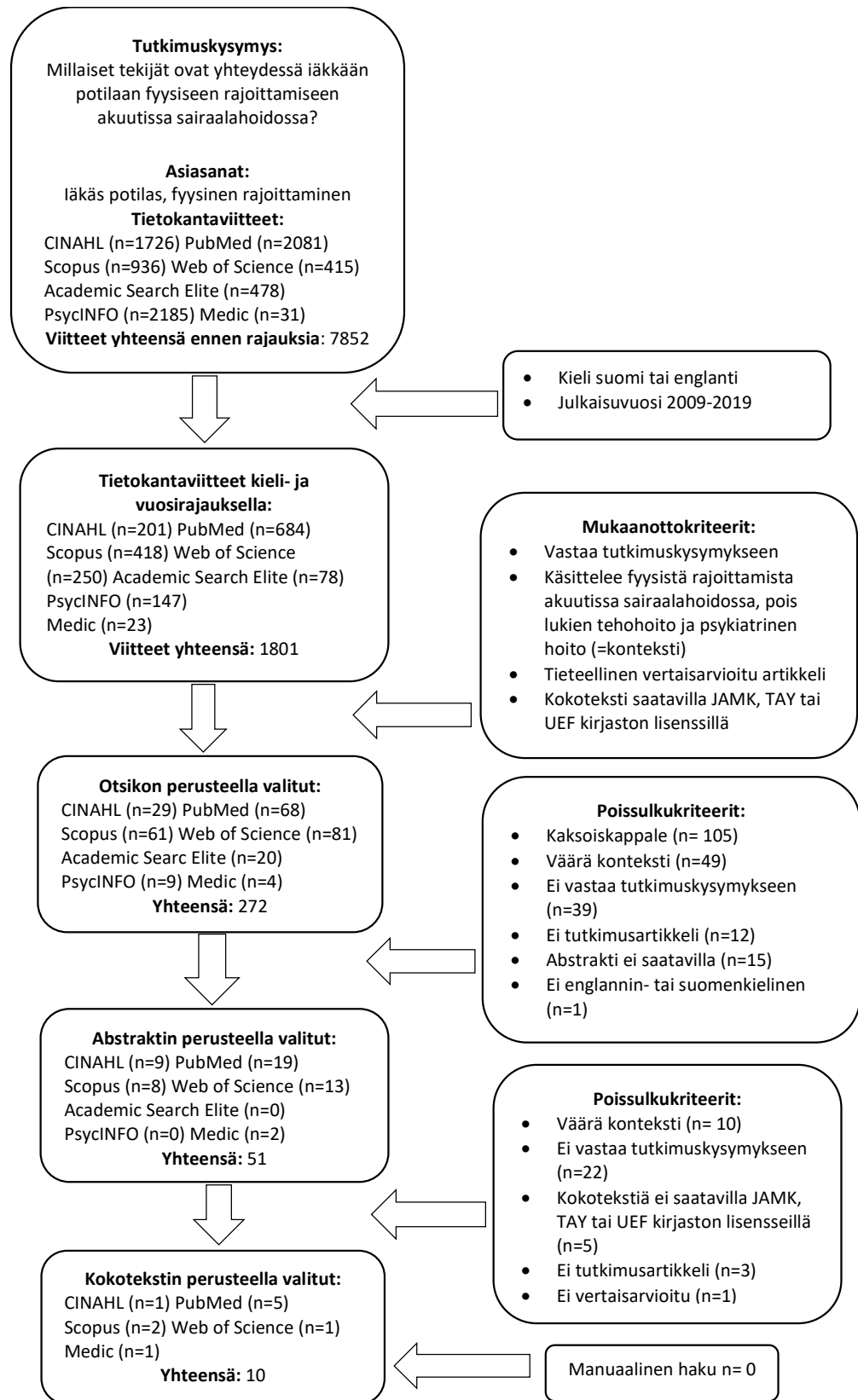
Opinnäytetyössä artikkelien mukaanottokriteerinä oli, että artikkeli kohdentui potilaan fyysiseen rajoittamiseen akuutissa, somaattisessa sairaalahoidossa. Näin ollen kemiallista rajoittamista ja fyysistä rajoittamista pitkäaikaisessa laitoshoidossa (vanhainkodit, palvelutalot, terveyskeskusten pitkäaikaisvuodeosastot) sekä psykiatriassa hoidossa käsittelevät artikkelit rajattiin katsauksesta pois. Myös fyysistä rajoittamista tehohoidossa käsittelevät tutkimusartikkelit rajattiin katsauksen ulkopuolelle. Mikäli ikäryhmä ei ollut artikkelissa selkeästi määritelty, tuli tutkimuksesta käydä ilmi, että se oli kohdennettu iäkkäiden potilaiden hoitotyöhön. Vuosilukurajaus

tehtiin aikavälille 2009–2019, jotta aiheesta saatiin mahdollisimman uutta tietoa. Vuosilukurajausta varauduttiin myös tiukentamaan, mutta tähän ei lopulta ollut tarvetta, sillä aineiston koko pysyi hallinnassa. Kielirajaus tehtiin englannin- ja suomenkielisiin julkaisuihin. Tutkimusten poissulkukriteerit olivat käänteisiä mukaanottokriteereille. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit ovat koottuna taulukkoon 2.

Taulukko 2. Artikkelien mukaanotto- ja poissulkukriteerit

<b>Mukaanottokriteerit</b>	<b>Poissulkukriteerit</b>
Artikkeli vastaa tutkimuskysymykseen	Artikkeli ei vastaa tutkimuskysymykseen
Artikkeli kohdentuu iäkkäiden potilaiden fyysiseen rajoittamiseen akuutissa sairaalahoidossa	Artikkeli ei kohdennu iäkkäisiin potilaisiin tai käsittele rajoittamista pitkäaikaishoidossa, tehohoidossa tai psykiatrisessa hoidossa
Artikkeli on vertaisarvioitu, tieteellinen tutkimus	Artikkeli ei ole tieteellinen tutkimus tai vertaisarvioitu
Artikkelin julkaisukieli suomi tai englanti	Artikkelin julkaisukieli muu kuin suomi tai englanti
Artikkelin julkaisuvuosi 2009 – 2019	Artikkeli on julkaistu ennen vuotta 2009
Kokoteksti on saatavilla Jyväskylän ammattikorkeakoulun, Tampereen yliopiston tai Itä-Suomen yliopiston kirjaston lisenssillä	Kokoteksti ei ole saatavilla Jyväskylän ammattikorkeakoulun, Tampereen yliopiston tai Itä-Suomen yliopiston kirjaston lisenssillä

Ennen vuosiluku- ja kielirajauksia kaikista tietokannoista tuli yhteensä 7 852 viitettä. Rajaamalla haku vuosiin 2009–2019, englannin tai suomen kieleen ja vertaisarviointiin, saatiin yhteensä 1 801 viitettä. Molemmat opinnäytetyöntekijät lukivat itsenäisesti otsikot, abstraktit ja kokotekstit mukaanotto- ja poissulkukriteerit huomioiden. Jokaisessa vaiheessa verrattiin mukaan otettuja aineistoja ja epäselvissä tilanteissa mukaanotosta keskusteltiin yhdessä. Otsikon perusteella valittiin jatkoon 272 artikkelia, joista kaksoiskappaleiden poiston jälkeen jäi 167 artikkelia. Näistä luettiin abstraktit, joiden perusteella jatkoon valittiin 51 artikkelia. Näistä kokotekstin perusteella lopulliseen aineistoon valikoitui 10 tutkimusartikkelia. Tiedonhaun prosessi on tarkemmin esiteltynä kuviossa 3.



Kuvio 3. Tiedonhaun prosessi



Integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa voidaan käyttää myös niin kutsuttua harmaata kirjallisuutta (grey literature), johon kuuluvat esimerkiksi konferenssiesitykset ja maisteritason opinnäytetyöt. Nämä voivat antaa tärkeitä ja vaihtoehtoisia näkökulmia ilmiöön, mutta käyttöä tulee tarkoin harkita. (Coughlan & Cronin 2017, 58–59.) ”Harmaata kirjallisuutta” ei katsottu tarpeelliseksi käyttää tässä opinnäytetyössä, mikä huomioitiin myös tutkimusten mukaanottokriteereissä. ”Harmaa kirjallisuus” ei useinkaan täytä tiukkoja tieteellisiä kriteereitä ja tämän vuoksi monesti päädytäänkin käyttämään vain sähköisiä tietokantoja (Pölkki, Kanste, Kääriäinen, Elo & Kyngäs 2014, 328).

Systemaattista tiedonhakua voidaan täydentää manuaalisella haulla esimerkiksi käymällä läpi katsausartikkeleiden ja samasta aihepiiristä tehtyjen opinnäytetöiden lähdeluettelot. Erityisen hyödyllisiä voivat olla uusimmat tutkimusartikkelit, joiden lähteenä on viimeaikaisin tieteellinen tieto. (Coughlan & Cronin 2017, 58–59.) Opinnäytetyössä tehtiin tietokantahakujen lisäksi manuaalisia hakuja käymällä läpi muutamien katsausartikkelien lähdeluetteloja. Lisäksi tehtiin vapaasanahakuja Google Scholar-verkkohakupalveluun sekä yliopistojen TuniLib/Andor- ja Finna/Primo-hakupalveluihin. Manuaalista hakua ei tehty systemaattisesti eikä se tuottanut jo saatujen viitteiden lisäksi uusia viitteitä. Opinnäytetyön kirjallisuuskatsausaineisto muodostui 10 tutkimuksesta, jotka on koottu erilliseen taulukkoon (ks. Liite 1).

## 5.2 Aineiston laadunarviointi

Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen kolmas vaihe käsitti kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkelien laadunarvioinnin. Arvioinnin tarkoituksena oli pyrkiä määrittelemään tutkimustulosten luotettavuutta. Laadunarviointikriteereitä on olemassa useita erilaisia ja kulloinkin käytettävä arviointikriteeristö riippuu arvioitavan tutkimuksen luonteesta. (Lemetti & Ylönen 2016, 67.) Ottaen huomioon integratiivisen katsauksen luonteen, katsaukseen valittujen artikkeleiden laadunarviointi voi olla haastavaa tutkimusmetodien heterogeenisyyden takia. Yksimielistä käsitystä laadunarvioinnin toteuttamiselle ei myöskään ole. Toisaalta kirjallisuudessa tuodaan myös esille näkökulma, ettei laadunarviointi olisi välttämätöntä, mikäli valittu aineisto on mukaanottokriteerien mukainen. (Hopia ym. 2016, 666, 668; Pölkki ym. 2014, 328.)

Pölkki ja muut (2014, 327–328) viittaavat tutkimuksessaan Joanna Briggs Instituutin näkemykseen, että on myös yleisesti hyväksyttyä kehittää laadunarvioinnille oma kriteeristö, vaikka jotkut tutkijat puoltavatkin yhdenmukaisia kriteeristöjä samalla tutkimusmetodilla tehdyille tutkimuksille. Opinnäytetyössä päädyttiin mukaillen käyttämään Hawkerin, Paynen, Kerrin, Hardeyn ja Powellin (2002) laatimaa arviointikriteeristöä suomentamalla se ja lisäämällä siihen pisteytys tutkimuksen laadunarvioinnin helpottamiseksi (ks. Liite 2). Aineistoon valituista tutkimuksista neljä oli laadullisia tutkimuksia, viisi oli määrällisiä tutkimuksia ja yksi oli monimenetelmätutkimus. Laadunarvioinnin toteutus oli helpompaa ja se koettiin systemaattisemmaksi, kun kaikki tutkimukset pystyttiin arvioimaan samojen kriteerien avulla tutkimusmetodista riippumatta.

Kumpikin opinnäytetyöntekijä arvioi itsenäisesti tutkimusartikkelien laadun valitulla kriteeristöllä, jonka jälkeen tuloksia verrattiin keskenään. Mahdollisista eroavaisuuksista keskusteltiin yhdessä. Kolmannen osapuolen kannanottoa ei koettu tarpeelliseksi pyytää. Laadunarvioinnin pistemäärät on kirjattu taulukkoon (Liite 1). Aineistoon valitut tutkimukset saivat kokonaispistemääriä välillä 18–35, maksimipistemäärän ollessa 36 pistettä. Pääsääntöisesti tutkimusten laatu arvioitiin hyväksi (yli 30 pistettä). Alhaiset pisteet saanut artikkeli oli kirjoitettu raporttimuotoon, joka osaltaan selittää joidenkin laadunarvioinnissa arvioitavien tietojen puuttumisen. Hoitotyön tutkimussäätiön mukaan osa tarkistuslistojen kriteereistä voi olla tärkeämpiä kuin toiset ja yleensä hyväksytyksi tulemisen edellytys on, että vähintään 50 % kunkin arviointikriteeristön kriteereistä täyttyy (Tutkimustiedon laadun arvioiminen n.d.). Tässä opinnäytetyössä katsaukseen mukaan otetut artikkelit oli julkaistu vertaisarvioituissa tieteellisissä lehdissä, ja ne olivat jo käyneet läpi tieteelliselle julkaisulle asetetut kriteerit. Näin ollen laadunarvioinnin perusteella ei hylätty yhtään tutkimusta.

### 5.3 Aineiston analyysi

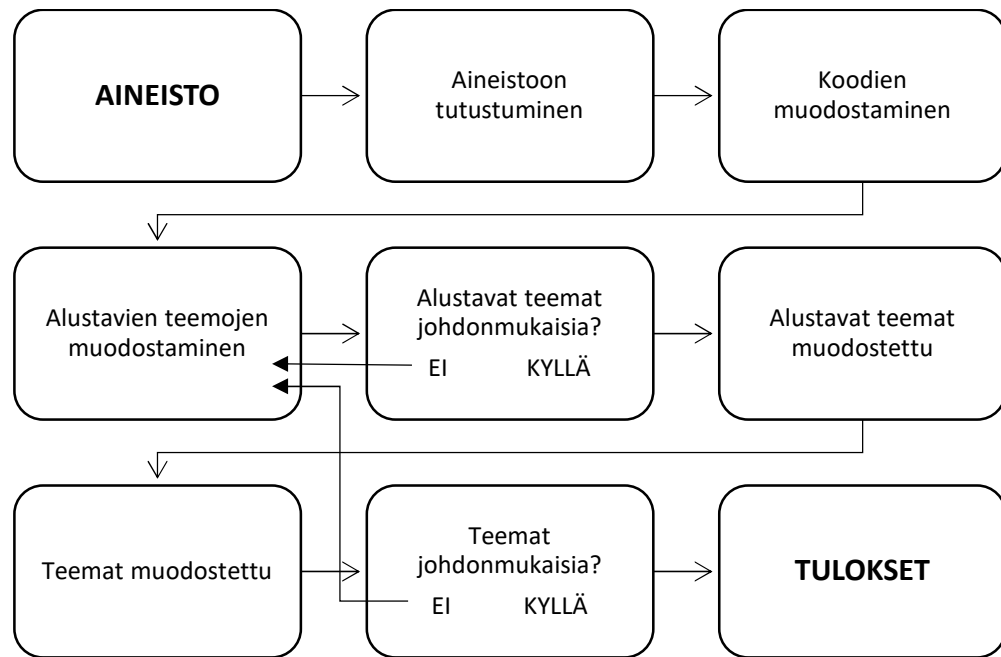
Integratiivisen katsauksen neljäs vaihe oli aineiston analyysi, joka tarkoittaa alkupe-  
räisen aineiston järjestämistä, koodaamista, luokittelua ja synteesiä (Whittemore & Knafl 2005, 550). Katsaukseen valittu aineisto oli laaja sekä moninainen ja aineiston analyysi päädyttiin toteuttamaan temaattisella analyysillä sen joustavuuden takia.

Temaattinen analyysi toteutettiin mukailen Braunin ja Clarken (2006) ohjeistusta ja tukena prosessissa oli myös alkuperäisartikkelia kommentoiva Clarken ja Braunin (2017) artikkeli sekä Nowellin, Norrisin, Whiten ja Moules'n (2017) teoreettiseen ja menetelmälliseen luotettavuuteen kohdentuva ohjeistus. Braunin ja Clarken (2006, 76, 81) näkemyksen mukaan temaattinen analyysi on aloittelevalla tutkijalla helpommin lähestyttävä kuin monet muut yksityiskohtaisempaa teoreettista ja menetelmällistä tietämystä vaativat laadulliset analyysimenetelmät. Myös Nowell ja muut (2017, 2) jakavat tämän näkemyksen ja lisäksi tuovat esiin, että temaattista analyysimenetelmää voi käyttää monissa erilaisissa teoreettisissa lähtökohdissa ja tutkimuskysymyksissä. Temaattinen analyysi voidaan tehdä joko induktiivisesti (aineistolähtöisyys) tai deduktiivisesti (teorialähtöisyys). Menetelmän valintaa määrittelee se, miten ja miksi aineisto koodataan. Mikäli aineisto koodataan suhteessa melko tarkkaan tutkimuskysymykseen, menetelmä nojaa enemmän deduktiiviseen lähestymistapaan. Sen sijaan tutkimuskysymyksen eläessä koodaamisen aikana menetelmä saa enemmän induktiivisia piirteitä. (Braun & Clarke 2006, 84.)

Opinnäytetyössä aineisto koodattiin suhteellisen rajatun tutkimuskysymyksen pohjalta ja aineistosta haettiin merkityksellisiä koodeja vain suhteessa valittuun ja siinänsä rajattuun kontekstiin. Tutkimuskysymys ei muuttunut prosessin aikana. Tässä mielessä analyysi oli enemmän deduktiivinen menetelmältään. Toisaalta aineistoon suhtauduttiin avoimesti eikä sitä yritetty mahduttaa mihinkään aiempaan teoreettiseen viitekehykseen. Tutkimuskysymys oli myös tarpeeksi väljä mahdollistaen aineiston syvemmän tarkastelun, joten opinnäytetyön menetelmässä oli myös induktiivisia piirteitä. Temaattinen analyysi mahdollisti lisäksi piilevien (latentti) merkitysten koodaamisen, jolloin aineistosta pyrittiin tunnistamaan ja tutkimaan myös ilmiselvyyksien alla olevia ilmiöitä. Tämän voi nähdä entisestään vahvistaneen analyysin induktiivisia piirteitä lisäämällä aineiston ohjaavuutta. (vrt. Braun & Clarke 2006, 83-84.)

Opinnäytetyön analyysiprosessi esitetään kuviossa 4. Huomioitavaa on, että analyysi ei ollut vain lineaarisesti etenevä prosessi, jossa siirryttiin vaiheesta toiseen. Sen sijaan temaattisen analyysiprosessin voidaan ikään kuin nähdä toistavan itseään, jolloin vaiheesta toiseen ja takaisin siirrytään tarvittaessa, ja niin monta kertaa kuin on

tarpeen. Opinnäytetyössä tätä liikettä tapahtui koko prosessin ajan, alusta loppuun asti. (Braun & Clarke 2006, 86.)



Kuvio 4. Temaattisen analyysin prosessi (mukaillen Apiainen, Åstedt-Kurki, Palonen & Kylmä 2018, 229)

Braunin ja Clarcken (2006, 80) sekä Nowellin ja muiden (2017, 2) näkemysten mukaan tutkijalla on aktiivinen rooli temaattisessa analyysissä tarkoittaen sitä, että teemat eivät vain "nouse" aineistosta vaan tutkijan on aktiivisesti niitä etsittävä ja tunnistettava sekä valittava tutkimuksen kannalta olennaiset. Prosessi alkaa, kun tutkija alkaa huomaamaan ja etsimään aineistosta toistuvia merkityksiä ja mahdollisesti kiinnostavia ilmiöitä. (Mts.) Tämä vaihe voi alkaa jo aineiston keräysvaiheessa, ja opinnäytetyöprosessissa näin myös tapahtui (Braun & Clarke 2006, 86). Tässä vaiheessa taustalla vaikuttivat myös jo aiemmin tehdyn, alustavan kirjallisuuskatsauksen tulokset.

Molemmat opinnäytetyöntekijät lukivat itsenäisesti mukaan valitut artikkelit useita kertoja tehden muistiinpanoja tutkimuskysymyksen kannalta merkityksellisistä asioista tekstissä. Määrällisten tutkimusten numeeriset tulokset sanoitettiin eli muunnettiin tekstimuotoon. Tutkimusartikkeleista tuli valituksi aineisto, joka koostui tekstilainauksista, jotka olivat yhteydessä tutkimuksen kohteena olevaan ilmiöön (Braun & Clarke 2006, 88). Tässä vaiheessa kiinnitettiin erityistä huomiota siihen, etteivät

ennakkokäsitykset ilmiöstä johdattelisi analyysia, ja edelleen pyrittiin vahvasti induktiiviseen lähestymistapaan. Tosin on huomioitava, kuten Braun ja Clarkekin (2006, 84) pyytävät tekemään, että tutkija ei voi koskaan täysin vapauttaa itseään teoreettisesta viitekehystä.

Tekstilainauksista muodostettiin koodeja, jotka olivat yhteydessä tutkimuskysymykseen (Braun & Clarke 2006, 88; Clarke & Braun 2017, 297). Koodilla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä tekstiä, joka koostuu vähintään kahdesta, mutta pääasiassa useammasta sanasta ja muodostaa kokonaisuuden, joka on merkityksellinen (ilmiöselvä merkitys tai piilevä merkitys) suhteessa opinnäytetyön tutkimuskysymykseen. Toisin sanoen koodi viittaa sellaiseen ainekseen aineistossa, joka voidaan nähdä ja analysoida tutkimuskysymyksen kannalta merkittäväksi. (Braun & Clarke 2006, 88; Clarke & Braun 2017, 297.) Yhdestä tekstilainauksesta voitiin muodostaa yksi tai useampi koodi ja näin ollen tekstilainauksesta voitiin koodata sisältöä joko yhteen tai useampaan alustavaan teemaan. Koodi voitiin myös poistaa tai valita uudelleen niin monta kertaa kuin oli tarpeen. (Braun & Clarke 2006, 89.) Koodit muodostettiin keskenään merkityksellisiksi ryhmiä, joita kuvattiin alustavina teemoina. Alustavaa teemoittelua tehtiin ensin itsenäisesti, minkä jälkeen teemoja työstettiin yhdessä. Analyysin eri vaiheissa palattiin useasti takaisin alkuperäiseen aineistoon, jolla varmistettiin analyysin johdonmukaisuus. Lopullisten teemojen muodostamisvaiheessa teemoja verrattiin suhteessa muodostettuihin koodeihin ja koko alkuperäisaineistoon. (Braun & Clarke 2006, 88, 91–92; Clarke & Braun 2017, 297.) Kirjoittaminen oli olennainen osa prosessia alusta loppuun asti (Braun & Clarke 2006, 86; Whittemore & Knafl 2005, 551). Tässä opinnäytetyössä kirjoittamisella tarkoitetaan jatkuvaa mui-  
tiinpanojen tekemistä alleviivauksin ja huomioin sekä ajatuksien kirjoittamista ylös päiväkirjaan järjestelmällisesti. Lisäksi ajatusten kokoamiseksi ja hahmottamiseksi muodostettiin ajatuskarttoja prosessin aikana sen eri vaiheissa.

Lopulliset teemat päätettiin yhdessä. Alateemoista muodostettiin neljä pääteemaa, joita olivat potilaaseen, hoitajaan, organisaatioon ja rajoittamisen vähenemiseen yhteydessä olevat tekijät. Teemojen muodostamisesta on koottu esimerkkejä erilliseen taulukkoon (ks. liite 3). Kukin teema ilmentää aineistosta jotain tärkeää suhteessa tutkimuskysymykseen; jotain, joka toistuu jollain tasolla läpi koko teeman sisältämän

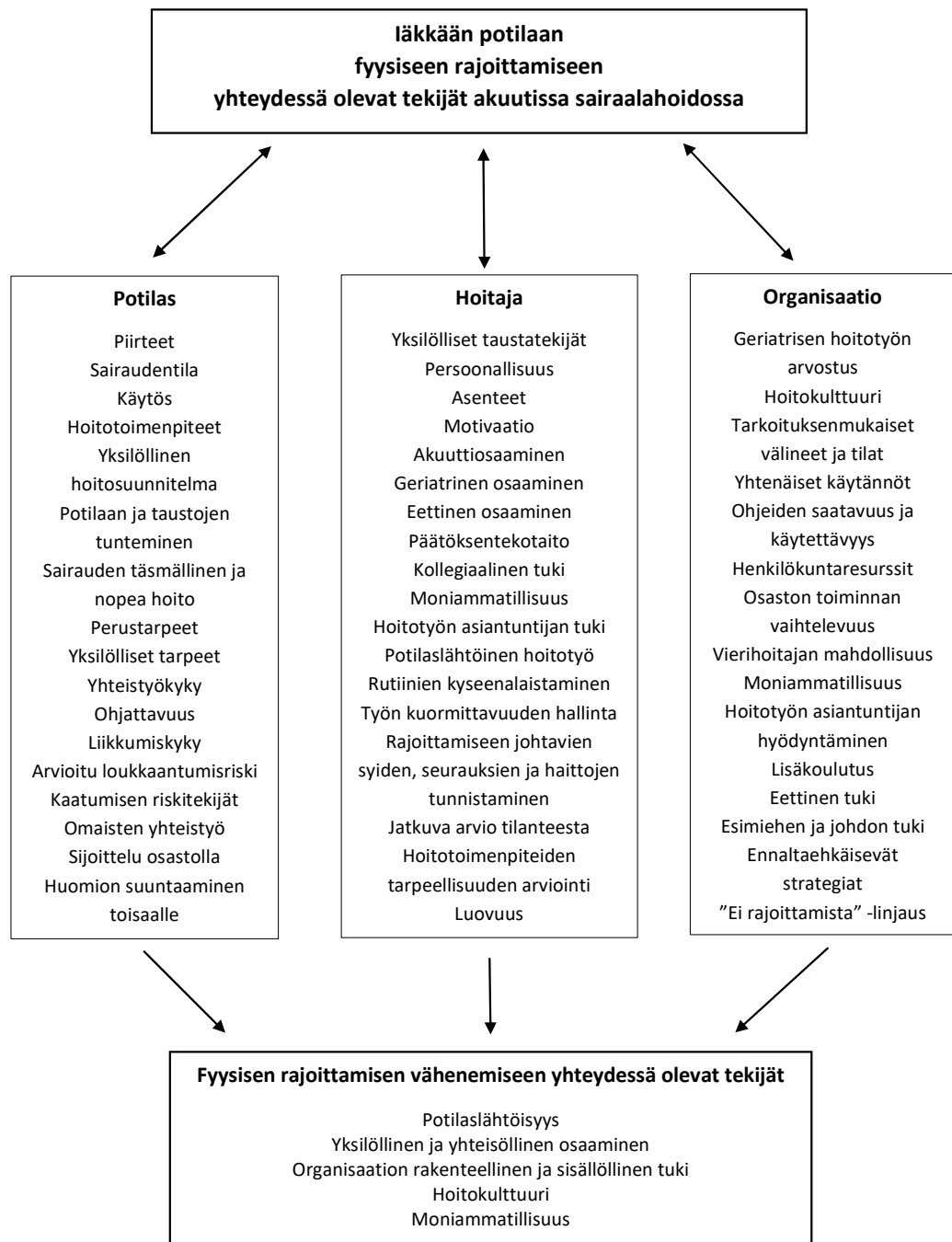
aineiston. Esiintyvyyden tai toistuvuuden suhteen Braun ja Clarke (2006, 82) eivät anna selkeää ohjetta, mutta tuovat esiin, että määrällisyys ei niinkään ole merkittävä tekijä vaan tutkijan päättely ja arvio lopulta määrittelee teeman.

Integratiivisessa katsauksessa analyysin viimeinen vaihe on synteessin tekeminen (Whittemore & Knafl 2005, 551). Analyysi voi olla rikas ja kattava kuvaus koko aineistosta tai yksityiskohtia, jotka kuvaavat jotain tiettyä näkökulmaa tai ilmiötä (Braun & Clarke 2006, 83; Clarke & Braun 2017, 297). Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena oli tuottaa analyysi, joka kuvaa yksityiskohtia rajoittamiseen liittyvistä tekijöistä iäkkäiden potilaiden akuutissa sairaalahoidossa eikä koko katsausaineiston analyysia laajimmillaan. Tarkoituksena oli pyrkiä tuottamaan aineistosta syvälinen kuvaus juuri kiinnostuksen kohteena olevasta ilmiöstä.

## 6 Tulokset

Tutkimusaineisto koostui kymmenestä tutkimusartikkelista (ks. liite 1). Katsauksessa oli mukana akuuttigeriatrian osastoja (Dierckx de Casterlé, Goethals & Gastmans 2015; Goethals, Dierckx de Casterlé & Gastmans 2013), erilaisia akuuttihoito-osastoja (Ang, Bakar, Fazila, Perera, Wee, Manickam, Lee, Haridas, Shamsudin & Chan 2015; Dahlke, Hunter, Negrin, Reshef Kalogirou, Fox & Wagg 2019; Kokko, Hokkinen, Vanjoki & Lönnroos 2017; Lane & Harrington 2011), sisätautien (Enns, Rhemtulla, Ewa, Fruetel & Holroyd-Leduc 2014) ja kirurgian osastoja (Hynninen, Saarnio & Elo 2016), sisätauti-kirurgisia osastoja (Ludwick, O'Toole & Meehan 2012) ja yleislääketieteen osastoja (Yamamoto & Aso 2009), mutta ei yhtään päivystysyksikköä.

Opinnäytetyön tuloksina kuvataan neljän eri teeman avulla tekijöitä, jotka olivat aikaisempien tutkimusten mukaan yhteydessä iäkkään potilaan fyysiseen rajoittamiseen akuutissa sairaalahoidossa. Teemat kuvasivat potilaaseen, hoitajaan, organisaatioon ja rajoittamisen vähenemiseen liittyviä tekijöitä. Opinnäytetyön tulokset on teemoittain koottu kuvioon 5.



Kuvio 5. Yhteenvedo keskeisistä tuloksista

Potilaaseen yhteydessä olevat tekijät kuvasivat muun muassa iäkkään potilaan piirteitä, jotka altistivat potilaan rajoittamistoimille. Hoitajaan yhteydessä olevat tekijät kuvasivat yksilöllisiä taustatekijöitä, kuten asenteita ja uskomuksia sekä osaamiseen ja päätöksentekoon liittyviä tekijöitä. Organisaatioon yhteydessä olevat tekijät liittyivät toimintaympäristöön, työhallintaan, resursseihin, käytäntöihin ja ohjeistuksiin

sekä hoitokulttuuriin. Rajoittamisen vähenemiseen yhteydessä olevat tekijät kuvasivat toimintoja tai asioita, joilla iäkkään potilaan rajoittamista vältettiin tai siirrettiin. Tähän teemaan sisältyi myös rajoittamisen vähenemistä tukevia tekijöitä.

## 6.1 Potilaaseen yhteydessä olevat tekijät

Iäkkäät potilaat koettiin haasteellisena, haavoittuvana (Dahlke ym. 2019, 225–226) ja raskashoitaisena potilasryhmänä (Dahlke ym. 2019, 225; Ludwick ym. 2012). Monisairaana iäkkään potilaan akuutti sairaus lisäsi hoitotyön haasteellisuutta (Dahlke 2019, 226).

Potilaan psyykkisen tilan muutos ja loukkaantumisriskiin vaikuttava käytös, olivat yhteydessä fyysisten rajoittamistoimien käyttöönottamiseen ja lopettamiseen (Goethals ym. 2013, 606; Ludwick ym. 2012, 14–15). Potilaan käytöksen nähtiin olevan tärkein tekijä rajoittamiseen liittyvässä päätöksenteossa. Oleellista oli, kuinka riskialttiiksi potilaan käytös arvioitiin. (Goethals ym. 2013, 607.) Potilaan ohjattavuus ja yhteistyökyky olivat merkittäviä tekijöitä, kun arvioitiin, voidaanko potilasta hoitaa muuten kuin rajoittamalla (Ludwick ym. 2012, 14, 17). Myös potilaan ja hänen käytöksensä tunteminen vaikutti päätöksentekoon (Goethals ym. 2013, 609; Ludwick ym. 2012, 16). Potilaan sekavuustila nähtiin keskeisenä tekijänä, jolla oli vaikutusta koko hoitotyön prosessissa esimerkiksi rajoittamistoimien jatkuvuuden näkökulmasta (Ludwick ym. 2012, 17).

Hoitajat harkitsivat rajoittamistoimia, kun potilaan käytös häiritsi hoitotoimenpiteiden toteuttamista tai oli ongelmallista sairaalaympäristössä (Ang ym. 2015, 139; Dahlke ym. 2019, 226; Enns ym. 2014, 542; Goethals ym. 2013, 609; Hynninen ym. 2016, 8; Ludwick ym. 2012, 14). Sekavuus lisäsi iäkkään potilaan rajoitetuksi tulemisen riskiä (Ang ym. 2015, 139–140; Dahlke ym. 2019, 226; Goethals ym. 2013, 606; Kokko ym. 2017, 529; Ludwick ym. 2012, 14) ja vaikutti rajoittamisen kestoon (Goethals ym. 2013, 608; Ludwick ym. 2012, 14–15). Potilas saattoi esimerkiksi kiskoa irti letkuja, vaellella, häiritä muita jatkuvalla huutelulla (Ang ym. 2015, 139; Dahlke ym. 2019, 226; Enns ym. 2014, 542; Goethals ym. 2013, 608; Hynninen ym. 2016, 8; Ludwick ym. 2012, 14.), käyttäytyä aggressiivisesti (Ang ym. 2015, 139; Goethals ym.



2013, 609), levottomasti (Enns ym. 2014, 542; Hynninen ym. 2016, 8) tai aiheuttaa käytöksellään pelkoa muissa potilaissa (Goethals ym. 2013, 609). Sekavuuden yhtenä muotona kuvattiin myös ”miellyttävää sekavuutta” (Ludwick ym. 2012, 14). Rajoittamistoimiin ei ryhdytty välttämättä niin herkästi tai niitä viivytettiin, jos potilaan persoonallisuus koettiin miellyttäväksi (Goethals ym. 2013, 609).

Kokon ja muiden (2017) tutkimuksessa heikentynyt liikkumiskyky oli potilaan piirteisiin liittyen merkittävin fyysiseen rajoittamiseen yhteydessä oleva tekijä. Vuodepotilaan ja avustetusti liikkuvan potilaan riski joutua rajoitetuksi oli huomattavasti suurentunut. (Mts. 529.) Myös osastolle juuri tulleita potilaita rajoitettiin ennaltaehkäisevästi sängynlaidoilla ja pöytälevyillä, jos liikkumiskyvyn tiedettiin olevan heikentynyt (Goethals ym. 2013, 609). Potilaan kaatumis- ja putoamisriski oli yleinen syy rajoitteiden käytölle (Ang ym. 2015, 139–140; Enns ym. 2014, 542, 544; Kokko ym. 2017, 529). Angin ja muiden (2015, 139–140) tutkimuksessa kaatumistapaturmia ei ilmennyt rajoittamisen aikana vaan fyysisesti rajoitetut potilaat oli rajoitettu vasta kaatumisen jälkeen.

Angin ja muiden (2015, 140) tutkimuksessa potilaan muistihäiriö oli merkittävin fyysiseen rajoittamiseen yhteydessä oleva potilaan piirteisiin liittyvä tekijä. Myös Kokon ja muiden (2017, 529) tutkimuksessa muistisairauden diagnoosi oli kolmasosalla rajoitetuista potilaista. Muita piirteitä, jotka saattoivat ennakoita altistumista rajoittamistoimille, olivat miessukupuoli, käytöksen muutokset, antipsykoottinen lääkitys, psyykkinen hoitoisuus (Ang ym. 2015, 140), pitkään jatkunut haasteellinen käytös, sairauden huono ennuste (Ludwick ym. 2012, 17), alentunut toimintakyky (Ang ym. 2015, 140; Kokko ym. 2017, 530), muistamattomuus, potilaan oma toive, hygienia, huonovointisuus, tasapainohäiriöt ja ahdistuneisuus (Kokko ym. 2017, 530). Vaikka infektio yleisesti aiheuttaa sekavuutta, se ei Kokon ja muiden (2017, 530) tutkimuksessa lisännyt fyysisen rajoittamisen todennäköisyyttä. Näkö- ja kuuloaistitoiminnoilla ei ollut yhteyttä rajoittamiseen (Ang ym. 2015, 140). Potilaan omaisilla oli merkittävä yhteys rajoittamistoimiin ja erityisesti niiden jatkamiseen. Omaisat saattoivat olla määräileviä ja haluta hoitajien jatkavan rajoittamista, vaikka se ei enää olisi tarpeen. (Ludwick ym. 2012, 16.) Toisaalta omaisten läsnäolo auttoi sekavan potilaan

vahtimisessa ja rajoittamistoimia pystytettiin tällöin vähentämään (Dierckx de Casterlé ym. 2015, 647–648).

Fyysinen rajoittaminen lisäsi potilaan hoitoisuutta (Ang ym. 2015, 139–140). Toisaalta runsaan hoidon ja avun tarve oli myös rajoittamiselle altistava tekijä (Kokko ym. 2017, 529). Rajoittamiseen liittyvä kirjaaminen, koordinointi ja neuvottelu lisäsivät potilaaseen liittyvää työmäärää (Ludwick ym. 2012, 15). Deliriumpotilaan sekavuuden syyn selvittäminen ja siihen avun saaminen oli työllistävää ja ajoittain hankalaa. Esimerkiksi jos potilas oli hyvin iäkäs, taustalla olevien syiden selvittämistä ei välttämättä nähty niin tarpeelliseksi, vaan sekavuuden katsottiin liittyvän vanhuuteen. (Ludwick ym. 2012, 14–15.)

Kokko ja muut (2017, 529) toivat esiin, että itsenäisesti liikkuvan iäkkään potilaan rajoittaminen on aina kyseenalaista, ja yhtä lailla liikuntakyvyltään huonontuneen potilaan rajoittaminen on ristiriidassa kuntouttavan hoitotyön periaatteiden kanssa. Dahlke ja muut (2019, 231) esittivät, että rajoittamisella voidaan huonontaa iäkkään potilaan toimintakykyä ja näin lisätä potilaan riippuvuutta hoitajista. Sekavan potilaan rajoittamisella saatettiin entisestään lisätä potilaan sekavuustilaa aiheuttaen uusia ongelmia, jotka vaativat lisää hoitotyön keinoja. Vaikka rajoittamisella voitiin kontrolloida potilasta mahdollisesti vahingoittavaa käytöstä, voitiin sillä myös aiheuttaa komplikaatioita kuten merkittävää epämukavuutta potilaalle. Toisaalta jo haasteellisen käytöksen hallinnan keinoin, esimerkiksi intensiivisellä valvonnalla ja ohjauksella, hoitaja saattoi aiheuttaa sekavalle potilaalle psykologisia seuraamuksia. (Ludwick ym. 2012, 15–16.)

## 6.2 Hoitajaan yhteydessä olevat tekijät

Hoitajan yksilöllisillä taustatekijöillä kuten pätevyydellä ja kokemuksella, oli yhteys fyysiseen rajoittamiseen ja siihen suhtautumiseen (Hynninen ym. 2016, 6–7; Ludwick ym. 2012, 16). Pitkään alalla olleet hoitajat neuvottelivat haasteellisissa tilanteissa kollegojen ja omaisten kanssa asianmukaisesta lähestymis- ja toimintavasta fyysisen rajoittamisen sijaan (Hynninen ym. 2016, 6). Yliopistosairaalassa työskentelevät pit-

kän työkokemuksen omaavat hoitajat pyrkivät järjestämään potilaalle asiantuntija-konsultaation (Hynninen ym. 2016, 7), kun taas hoitokodissa aikaisemmin työskennelleillä hoitajilla oli enemmän tietoa ja taitoa käyttää vaihtoehtoisia menetelmiä (Ludwick ym. 2012, 16). Pitkän työkokemuksen omaavat hoitajat tarkistivat useammin potilasasiakirjoista potilaan taustoja ja mahdollisia ohjeita haasteellisiin tilanteisiin. Työkokemusta omaavat hoitajat hallitsivat haasteellisia tilanteita paremmin ja olivat useammin tilanteessa läsnä potilaalle, koskettaen ja kommunikoiden potilaan kanssa rajoittamisen sijaan. Toisaalta he myös useammin jättivät reagoimatta tilanteessa ja teeskentelivät, etteivät huomaa mitään. (Hynninen ym. 2016, 5, 7.)

Hoitajat muodostivat tilannekuvaa potilaan voinnista keräämällä tietoa potilaan taustoista omaisilta sekä potilaan kotihoidon tai laitoshoidon hoitajilta päätöksenteon tueksi. Lisäksi jotkut hoitajat etsivät lääketieteellisen tiedon lisäksi tietoa myös potilaan sosiaalisista ja persoonallisista piirteistä. Parhaimmassa tapauksessa hoitaja pystyi pohtimaan, mikä juuri tälle potilaalle olisi tilanteessa parhaaksi. Fyysisen rajoittamisen päätöksentekoon liittyi epävarmuutta silloin, kun hoitaja ei tuntenut potilasta eikä näin ollen osannut ennustaa potilaan käyttäytymistä. (Goethals ym. 2013, 606, 609.) Goethalsin ja muiden (2013, 606) mukaan lähes kaikki hoitajat tekivät rajoittamiseen liittyviä päätöksiä yksin, kun taas Dierckx de Casterlén ja muiden (2015, 645–646) tutkimuksessa hoitajat eivät lähes koskaan tehneet rajoittamispäätöstä yksin. Hoitajat neuvottelivat kollegojen ja muiden potilaan hoitoon osallistuvien ammattilaisten sekä omaisten kanssa, mutta näiden tahojen osallisuus päätöksentekoon vaihteli tilanteesta ja hoitajan näkemyksestä riippuen (Dierckx de Casterlé ym. 2015, 645–646; Goethals ym. 2013, 608). Hoitajat kokivat kollegiaalisen tuen tärkeäksi etenkin rajoittavimpien menetelmien suhteen. Joskus rajoittamispäätös oli *Ad hoc* -ratkaisu, joka tehtiin potilaan vierellä nopeasti. Omaisten rooli jäi useimmissa tapauksissa rajalliseksi, joskin hoitajat toivat esiin, että omaisten selkeitä toiveita kunnioidettiin. (Goethals ym. 2013, 606, 608–609.) Toisaalta taas Dierckx de Casterlén ja muiden (2015, 646) sekä Ludwick'n ja muiden (2012, 16) tutkimuksissa hoitajat kokivat, että potilaan omaisilla oli merkittävä vaikutus heidän päätöksentekoonsa. Lane ja Harrington (2011, 202) esittivät rajoittamisen olevan eräänlainen hoitajan kontrollin muoto, joka vähentää potilaan osallisuutta ja valtaa omaan hoitoonsa. Taustalla nähtiin ajatus, että hoitajat kokevat tietävänsä paremmin potilaan hoitoon liittyvät

asiat kuin potilas itse (Lane & Harrington 2011, 202) tai hoitaja haluaa tilanteen olevan omassa kontrollissaan (Goethals ym. 2013, 610).

Lääkäri oli arvioinut rajoittamisen tarpeen harvoin (Kokko ym. 2017, 529–530) ja rajoittamislupa oli kirjattuna sähköiseen potilaskertomukseen vain hyvin rajallisen potilasmäärän osalta (Enns ym. 2014, 544; Kokko ym. 2017, 529–530). Hoitajat perustelivat fyysistä rajoittamista yleisimmin potilasturvallisuudella (Dahlke ym. 2019; Goethals ym. 2013, 606, 610; Hynninen ym. 2016; Kokko ym. 2017; Lane & Harrington 2011, 197), vaikka yhteistä näkemystä potilasturvallisuutta edistävästä vaikutuksesta ei ollut (Dahlke ym. 2019, 227). Kokon ja muiden (2017, 530) tutkimuksessa hoitajat eivät myöskään määritelleet oliko kyse potilaan, henkilökunnan vai ympäristön turvallisuuden takaamisesta. Joskus rajoittamisella haluttiin vain taata rauhallisuutta osastolla (Goethals ym. 2013, 606).

Rajoittamisen potilasturvallisuutta lisäävän näkemyksen taustalla oli tunne siitä, ettei potilaan tulisi sairaalassaoloaikana loukkaantua lisää esimerkiksi kaatumisen takia. Rajoittaminen sai aikaan sisäisen turvallisuudentunteen hoitajalle. Hoitajat kokivat potilaan olevan rajoittamisen myötä turvattuna myös silloin, kun he olivat kiireisiä hoitaessaan muita potilaita. Tämän myös koettiin vähentävän huomattavasti työn kuormittavuutta, ja jotkut hoitajat kokivatkin rajoittamisen helpottavan työtä. (Lane & Harrington 2011, 197, 201.) Hoitajat kokivat olevansa henkilökohtaisesti vastuussa, jos potilaalle tapahtuisi jotakin, mikä sai heidät suosimaan rajoittamisen jatkamista (Dierckx de Casterlé ym. 2015, 649; Ludwick ym. 2012, 15). Hoitajat kokivat, että heiltä odotetaan moraalisesti vahvaa toimintaa tilanteissa, joissa he kuitenkin tunsivat epävarmuutta ja hämmennystä, eivätkä tiedäneet kuinka heidän kuuluisi toimia (Yamamoto & Aso 2009, 200). Rajoitteiden rutiinikäytön taustalla saattoi vaikuttaa hoitajien vahva uskomus, että potilasturvallisuus menee kaiken edelle hoitotyössä (Goethals ym. 2013, 611) ja erityisesti kiireessä tämä uskomus vahvistui ja vaikutti päätöksentekoon (Dierckx de Casterlé ym. 2015, 649).

lakkään potilaan fyysiseen rajoittamiseen liittyvä päätöksenteko oli jatkuva, monivaiheinen (Dierckx de Casterlé ym. 2015, 645) ja intensiivinen prosessi, johon sisältyi poti-

laan tarkkailua, vaihtoehtoisten toimintatapojen kokeilua sekä kokonaistilanteen arviota vaatien hoitajalta merkittävää sitoutumista ja jatkuvaa kriittistä reflektointia (Goethals ym. 2013, 603–612). Rajoittamiseen liittyvä päätöksenteko oli pääasiassa rationaalista, mutta päätöksiä tehtiin myös intuitiivisesti ja rutiininomaisesti. Hoitajan persoonallisuudella oli keskeinen rooli fyysiseen rajoittamiseen liittyvässä päätöksenteossa. (Goethals ym. 2013, 603, 607, 609, 611.) Hoitajilla oli yksilöllisiä tapoja sekä mieltymyksiä toimia (Dahlke ym. 2019, 227; Hynninen ym. 2016, 8), ja tunteet sekä uskomukset vaikuttivat toimintaan (Ludwick ym. 2012, 17). Useat hoitajat punnitsivat fyysiseen rajoittamiseen liittyviä haittoja ja rajoittamisen tarvetta (Dahlke ym. 2019, 227; Goethals ym. 2013, 608–609). Joissakin tilanteissa hoitaja sitä vastoin toimi rutiininomaisesti ja esimerkiksi nosti sängynlaidat ylös sen enempää miettimättä. Osaltaan toimintaan vaikuttivat myös osaston rutiineiksi mielletyt toimintatavat, jolloin hoitaja toimi vain totuttujen tapojen mukaisesti. (Goethals ym. 2013, 606, 609; Lane & Harrington 2011, 201.)

Hoitajilla oli erilaisia näkökulmia siihen, miten hyvin he pystyivät hallitsemaan haasteelliseen käytökseen liittyviä riskejä (Dahlke ym. 2019, 227; Goethals ym. 2013, 608–609). Aikaisemmilla negatiivisilla ja positiivisilla kokemuksilla oli vaikutusta siihen, kuinka herkästi hoitaja ryhtyi rajoittamaan potilasta (Goethals ym. 2013, 611). Hoitajat kokivat fyysisen rajoittamisen olevan viimeinen keino, kun kaikkea muuta oli jo kokeiltu (Dahlke ym. 2019, 226–227; Goethals ym. 2013, 607; Kokko ym. 2017, 530). Dahlken ja muiden (2019, 227) tutkimuksessa tuli esiin, että ennen kuin rajoittamiseen turvauduttiin, oli potilaalle jo yritetty järjestää vierihoitaja jatkuvan valvonnan takaamiseksi. Goethalsin ja muiden (2013, 607) tutkimuksen mukaan päätös rajoittamisesta koettiin välttämättömänä pahana ja päätöksen tekeminen tuntui vaikealta. Osa hoitajista vahvasti uskoi organisaation ”ei rajoittamista” -linjauksen palvelevan iäkkäitä potilaita, kun taas osa oli huolissaan sen aiheuttamista loukkaantumisriskeistä potilaalle tai hoitohenkilökunnalle. Osa hoitajista näki rajoittamistoimet keino parantaa sekavan potilaan turvallisuutta, kun taas osa myönsi hoidon olevan haasteellista, mutta uskoivat siitä huolimatta selviytyvänsä tilanteessa ilman rajoittamistoimia. (Dahlke ym. 2019, 227.)

Potilaan fyysinen rajoittaminen ja siihen liittyvä päätöksenteko aiheuttivat hoitajille eettisiä ristiriitatilanteita (Goethals ym. 2013, 609; Lane & Harrington 2011, 201; Ludwick ym. 2012, 17; Yamamoto & Aso 2009, 199). Osa hoitajista suhtautui tilanteeseen positiivisesti, jolloin heillä oli erilaisia positiivia ajatuksia ja toimintatapoja. Hoitajat esimerkiksi konsultoivat hoitotyön asiantuntijaa tai kokenutta kollegaa tilanteessa. Positiivinen lähestymistapa kannusti hoitajaa ratkaisemaan kokemaansa eettistä ristiriitaa. (Yamamoto & Aso 2009, 199.) Osa hoitajista oli hyvinkin varmoja rajoittamispäätöksestä, kun taas osa hoitajista epäröi päätöstään kaiken aikaa. Epävarmuudesta huolimatta hoitajat useimmiten päätyivät rajoittamaan potilasta ja perustelivat päätöstään turvallisuuden varmistamisella, vaikkakin päätöstä pohdittiin myös liikkumisvapauden näkökulmasta. Epävarmuuden tunteita ilmeni ajoittain vielä työvuoron loputtua ja päätöksentekoprosessia saatettiin pohtia vielä jopa kotona. (Goethals ym. 2013, 609.)

Osa hoitajista vältteli fyysisesti rajoitetun potilaan hoitamista ja joutumista tilanteisiin, joissa fyysistä rajoittamista tapahtui. Hoitaja saattoi myös yrittää kotiuttaa tai siirtää nämä potilaat nopeammin osastolta. Näin hoitaja pyrki välttämään kokemaansa eettisen ongelman kohtaamista ja sen selvittämistä. (Yamamoto & Aso 2009, 199.) Riskejä pelkäävät hoitajat jatkoivat rajoittamistoimia pidempään (Goethals ym. 2013, 608). Myös omaisten vahva toive rajoittamisen jatkumisesta sai hoitajan jatkamaan rajoittamistoimia pidempään (Dierckx de Casterlé ym. 2015, 646; Ludwick ym. 2012, 16). Osa hoitajista tietoisesti päätti olla tekemättä mitään (Hynninen 2016, 5, 7; Yamamoto & Aso 2009, 199), jolloin vallitsevan tilanteen annettiin olla eikä toimintatapaa kyseenalaistettu (Yamamoto & Aso 2009, 199). Hoitaja toteutti potilaan fyysistä rajoittamista määräysten mukaan toivoen, että eettinen ristiriitatilanne ratkeaa itsestään. Näitä toimintatapoja ilmensi välinpitämättömyys, joka ei tukenut tai muuttanut hoitajan kykyä selviytyä eettisesti haastavissa tilanteissa. (Yamamoto & Aso 2009, 199.) Vallankäytöllä suhtautuvat hoitajat pitivät haasteellisesti käyttäytyvän potilaan huoneessaan ja käyttivät fyysistä voimaa sekä määräyksiä rauhoittaakseen tilannetta (Hynninen ym. 2016, 5, 7). Iäkkään potilaan fyysisen rajoittamisen koettiin myös aiheuttavan negatiivisia tunteita, kuten surullisuutta, syyllisyyttä ja sääliä, mutta myös konfliktin, rangaistuksen ja koston tuntemuksia (Lane & Harrington 2011, 201). Rajoittamisen päättämiseen taas liittyi empaattisuuden tunteita, jolloin

hoitaja esimerkiksi halusi säästää potilaan nöyryytyksen tunteilta rajoittamistoimiin liittyen (Ludwick ym. 2012, 15).

Dahlken ja muiden (2019, 227, 230) tutkimuksessa hoitajat kokivat geriatrisen osaamisensa paremmaksi kuin se todellisuudessa oli. Yhtenä rajoittamiseen johtavana syynä tuotiin esiin, ettei potilaan perustarpeita (erittäminen, ravitsemus, nesteytys, hyvinvointi ja uni) tunnistettu, jolloin niihin ei myöskään osattu vastata ja potilaan sekavuus saattoi lisääntyä (Enns ym. 2014, 542). Myös lääkehoidon puutteellisella osaamisella oli yhteys rajoittamistoimiin. Muistisairauksiin liittyvien käytösoireiden hallinnan osaamisessa koettiin puutteita ja lähes kaikki hoitajat halusivat lisää koulutusta dementian ja deliriumin erityispiirteisiin sekä niiden hoitoon liittyen. (Dahlke ym. 2019, 227–228.) Rajoittamiseen liittyvää lisäkoulutuksentarvetta tuli esiin sekä hoitajilla (Dahlke ym. 2019, 227, 230; Kokko ym. 2017, 530) että lääkäreillä (Kokko ym. 2017, 530). Hoitajat toivoivat myös potilasavustajien saavan koulutusta iäkkään potilaan haasteellisen käytöksen hallintaan, koska he nimenomaan olivat potilaan kanssa fyysisesti läsnä eikä heillä välttämättä ollut alan koulutusta. Hoitajat toivat esiin näkökulman, ettei geriatrasta hoitotyötä nähty kovin tärkeänä heidän organisaatiossaan ja sillä oli vaikutusta osaamisen puutteisiin. (Dahlke ym. 2019, 227, 230.) Lisäkoulutuksen puute aiheutti hoitokäytäntöjen vaihtelua akuuttiosastoilla (Hynninen ym. 2016, 8).

### 6.3 Organisaatioon yhteydessä olevat tekijät

Akuutin sairaalahoidon ympäristö ja toiminta eivät aina tukeneet iäkkään potilaan hoitoa, mikä tuotiin esiin sekä henkilökunnan vähytenä että välineiden ja tilojen epätarkoituksenmukaisuutena. Hoitajat kokivat, ettei heillä ollut riittävästi aikaa ja henkilökuntaa toteuttaa iäkkään potilaan tarpeisiin vastaavaa hoitotyötä. (Dahlke ym. 2019, 225–226; Dierckx de Casterlé ym. 2015, 647; Ludwick ym. 2012, 16.) Myös osaston vaihtelevat olosuhteet ja työmäärä vaikuttivat vuorovaikutukseen ja kykyyn vastata haasteelliseen käytökseen (Dahlke ym. 2019, 225–226; Ludwick ym. 2012, 16) etenkin vaativahoitoisten potilaiden kohdalla (Ludwick ym. 2012, 16). Lyhyet hoitajat ja hoitajien 12 tunnin työvuorot vähensivät hoitajan mahdollisuuksia tarkkailla

potilasta pidemmällä ajanjaksolla, mikä johti siihen, että hoitaja ei oppinut tuntemaan potilasta ja hänelle olennaista toimintaa sekä käytöstä, jolloin rajoittamistoimiin päädyttiin mahdollisesti herkemmin (Ludwick ym. 2012, 16–17). Vaikka hoitajat arvostivat työn nopeatempoisuutta, he toisaalta toivat esiin oman osallisuutensa vähäisyyden esimerkiksi lääkärinkierrolla, mikä vaikeutti moniammatillisen hoitotyön toteuttamista. Hoitajien puheessa painottui tehtäväkeskeinen tapa puhua iäkkäistä potilaista ja heidän tarpeistaan. (Dahlke ym. 2019, 230–231.)

Potilaan sijoittelu osastolla oli yhteydessä fyysiseen rajoittamiseen. Esimerkiksi vaeltelevan potilaan sijoittaminen yhden hengen huoneeseen vähensi rajoittamisen tarvetta avoimella osastolla. (Dierckx de Casterlé ym. 2015, 647.) Akuuttiosastoilla ei myöskään ollut tilojen puolesta mahdollisuutta sellaisiin järjestelyihin, jotka olisivat mahdollistaneet deliriumpotilaiden intensiivisemmän tarkkailun (Dahlke ym. 2019, 226). Sängynlaidat oli yleisimmin käytetty fyysisen rajoittamisen muoto akuuttiosastoilla (Enns ym. 2014, 544; Kokko ym. 2017, 529) ja niihin liittyi eniten rutiininomaista käyttöä samoin kuin pöytälevyihin (Goethals ym. 2013, 609). Näitä ei kuitenkaan usein nähty fyysisen rajoittamisen menetelminä vaan hyödyllisinä hoidon apuvälineinä, mikä saattoi johtaa potilaan ylij rajoittamiseen ”viattoman tuntuisella” menetelmällä. Käyttöä lisäsi menetelmien mieltäminen osaston yleisiksi toimintamenetelmiksi. (Goethals ym. 2013, 606, 609–610.) Muita käytettyjä fyysisiä rajoitteita olivat vartaloliivi, yläraajojen vyöt (Ang ym. 2015, 139), haaravyöt, muut turvavyöt ja välineet (Kokko ym. 2017, 529). Rajoittamiseen voitiin käyttää myös vaatteita kuten hygieniahalaria. Magneettivyötä käytettäessä oli käytössä myös vierihoidon sitomisen ajan. (Kokko ym. 2017, 529.) Potilas voitiin rajoittaa myös kahdella tai useammalla menetelmällä (Goethals ym. 2013, 608; Kokko ym. 2017, 529) ja menetelmät saattoivat vaihdella tilanteesta toiseen (Goethals ym. 2013, 608). Vaikka hoitajalla oli vahva asenne rajoittamistoimia vastaan, olosuhteilla oli vaikutusta siihen, rajoittiko hoitaja potilasta vai ei (Ludwick ym. 2012, 17). Syytä potilaan rajoittamistoimille ei useinkaan kirjattu (Kokko ym. 2017, 529–530).

Aamuvuorossa hoitajat näkivät tärkeänä kollegan konsultoimisen ja mielipiteiden vaihtamisen, kun taas ilta- ja yövuoron aikaan hoitajat joutuivat tekemään rajoittami-



seen liittyviä päätöksiä enemmän itsenäisesti, koska henkilökuntaa ja aikaa oli vähemmän (Goethals ym. 2013, 608). Myös potilaiden raskashoitoisuus korostui viikonloppuisin henkilökuntaresursseihin liittyen (Dahlke ym. 2019, 225–226). Ilta- ja yövuoroissa sekä viikonloppuisin potilaita rajoitettiin herkemmin, koska henkilökuntaa oli vähemmän työvuorossa. Ilta- ja yövuoron aikana saatettiin potilas rajoittaa jo valmiiksi yövuoroa varten ja tätä perusteltiin yöhoitajan työvuoron helpottamisella. (Dierckx de Casterlé ym. 2015, 647–648; Goethals ym. 2013, 607, 609.) Viikonloppuisin osastolla ei ollut myöskään fysio- ja toimintaterapeutteja, mikä johti useampiin rajoittamisiin potilaan valvonnan ollessa haasteellisempaa (Dierckx de Casterlé ym. 2015, 648). Oli myös hyvin todennäköistä, että rajoittamistoimia päädyttiin jatkamaan rutini- nisti, jos potilas oli ollut fyysisesti rajoitettuna jo hoitoyksikköön tullessaan tai vuoron vaihtuessa (Ludwick ym. 2012, 17).

Hoitajien mukaan lääkäreillä oli erilaisia suhtautumistapoja fyysiseen rajoittamiseen, mikä aiheutti epätietoisuutta ja vaikeutti haasteellisten tilanteiden hallintaa. Rajoittamisen kieltäminen lisäsi kuormittavuutta, koska ”ei rajoittamista” -linjauksen koettiin vaativan enemmän henkilökuntaa. Tätä perusteltiin lääkärille rajoittamisluvan saamiseksi. Hoitajat kokivat rajoittamisen keinona hallita työmäärää ilman lisähenkilökuntaa. (Dahlke ym. 2019, 227.) Rajoittamista herkästi pitkitettiin, jos lääkärin lupa rajoittamiselle oli kertakohtainen, koska näin ollen oli helpompaa jatkaa rajoittamista kuin aloittaa lupaprosessi uudelleen. Hoitajat toivoivatkin koejaksoa, jolloin rajoittamisesta voitaisiin luopua ja tarvittaessa jatkaa rajoittamista saman luvan puitteissa. (Ludwick ym. 2012, 16.)

Fyysiseen rajoittamiseen liittyvien organisaation ohjeistusten ja toimintaperiaatteiden saatavuus tai vastaavasti puuttuminen vaikuttivat hoitajien toimintaan (Dahlke ym. 2019, 227; Dierckx de Casterlé ym. 2015, 647; Ludwick ym. 2012, 17). Sairaalan linjaukset (Ludwick ym. 2012, 17) ja pelko omaisten mahdollisista vahingonkorvausvaatimuksista potilaan loukatessa itsensä (Dierckx de Casterlé ym. 2015, 647) saattoivat johtaa potilaan rajoittamistoimien käyttöön tai niiden pitkittymiseen, vaikka hoitaja olisi ollut rajoittamista vastaan (Dierckx de Casterlé ym. 2015, 647; Ludwick ym. 2012, 17). Rajoittamistoimia esimerkiksi ylläpidettiin pidempään, jos sairaalaorgani-

saatio painotti tai peräänkuulutti hoitajan vastuuta potilasvahingoista. Yhtä lailla rajoittamistoimia jatkettiin herkästi, jos rajoittamislupakäytäntö oli hankala. (Ludwick ym. 2012, 17.) Myös vierihoitajan järjestäminen koettiin joskus ongelmalliseksi, koska se vaati esimiehen hyväksynnän ja oli usein saatavilla vain hyvin väkivaltaisille potilaille (Dahlke ym. 2019, 227). Ludwick ja muut (2012, 18) toivat esiin, että fyysisten rajoitteiden käyttöä tulisi tutkia lisää sairaalakohtaisesti ja vertailua tulisi tehdä eri yksiköiden välillä.

#### 6.4 Rajoittamistoimien vähenemiseen yhteydessä olevat tekijät

Fyysiselle rajoittamiselle altistumista vähentää potilaan sairauden täsmällinen ja nopea hoito. Potilaan tilaa ja hoitoa tulee jatkuvasti arvioida yksilöllisellä hoitosuunnitelmalla. Hoitovastaisen potilaan hoidossa tulee huomioida käytössä olevien hoitotoimenpiteiden tarpeellisuus, jos potilas esimerkiksi toistuvasti kiskoo nesteensiirtoletkuja tai kestokatetria. (Enns ym. 2014, 542; Ludwick ym. 2012, 15, 17.) Lopettamalla haasteellista tai vahingollista käytöstä aiheuttavat hoitotoimenpiteet voidaan rajoittamistoimistakin pidättäytyä. Hoitajan päätöksentekoa ja toimintaa tulee näissä hoitotyön tilanteissa tukea ja helpottaa ohjeilla ja linjauksilla. (Ludwick ym. 2012, 15, 18.)

Haasteellisesti käyttäytyvän potilaan kohdalla tulee myös pohtia, onko käytöksen taustalla perustarpeita, joihin vastaamalla potilas rauhoittuisi. Potilaan perustarpeisiin vastaamalla voidaan vähentää iäkkään potilaan altistumista fyysisille rajoittamistoimille. Hoitajan tulee huolehtia potilaan erittämiseen, ravitsemukseen, nesteytykseen, hyvinvointiin ja uneen liittyvistä tarpeista säännöllisesti. Myös potilaan kaatumisriskin arvioiminen ja kaatumisen syihin puuttuminen on oleellista rajoittamisen sijaan. (Enns ym. 2014, 542.) Tehokkaita kaatumista ehkäiseviä strategioita tulee kehittää ja niiden implementointiin tulee myös panostaa (Ang ym. 2015, 140–141). Rajoittamistoimia voidaan vähentää kiinnittämällä enemmän huomiota turvalliseen hoitoympäristöön. Tällaisia toimia ovat esimerkiksi valaistuksen parantaminen, liukuesteiden laittaminen lattiaan ja potilassängyn siirtäminen potilaalle sopivalle korkeudelle tai paikkaan. (Lane & Harrington 2011, 202.) Potilaan sijoittaminen yhden hengen huoneeseen samoin kuin osaston ulko-ovien pitäminen lukittuna mahdollistaa

potilaan vapaamman liikkumisen ja rajoittamistoimista pidättäytymisen (Dierckx de Casterlé ym. 2015, 647). Myös hoitotyön päivittäiset rutiinit voidaan mukauttaa potilaan tilanteeseen sopivaksi (Lane & Harrington 2011, 202).

Levottoman, haasteellisesti käyttäytyvän potilaan hoidossa tulee huomioida rauhallinen lähestymistapa ja potilaan rauhoittelu tilanteessa (Enns ym. 2014, 542). Potilaaseen ja hänen tilanteeseensa sekä taustoihinsa tulisi perehtyä kokonaisvaltaisesti ja pyrkiä selvittämään mikä haasteellista käytöstä aiheuttaa (Goethals ym. 2013, 610). Hynnisen ja muiden (2016) tutkimuksessa haasteelliseen käytökseen hoidollisesti suhtautuessaan hoitaja tiedusteli potilaalta syitä käytökseen ja yritti selvittää, mikä oli huonosti. Hoitaja myös etsi potilasasiakirjoista taustatietoja potilaasta ja mahdollisia ohjeita haasteellisen käytöksen suhteen. Hän myös yritti järjestää potilaalle jotain toimintaa, kuten television katselua potilashuoneessa. Hoitaja oli läsnä koskettaen, kuunnellen ja puhuen potilaalle. Hoitaja käytti ammatillista tietotaitoaan ja yritti tehdä potilaan ympäristön turvallisemmaksi, ettei rajoittamiseen tarvitse ryhtyä. Hoitaja osasi hallita potilaan haasteellista käytöstä ja neuvotella kollegojen ja potilaan omaisten kanssa tilanteesta. Osa hoitajista taas reagoi tilanteessa rennosti, jolloin he suhtautuivat potilaan haasteelliseen käytökseen esimerkiksi huumorilla. Hoitaja sietä potilaan käytöstä, koska ajatteli potilaan olevan oikeutettu tunteisiinsa. Haasteellisissa hoitotilanteissa käytettiin usein luoviakin menetelmiä. (Mts. 5–8.) Musiikin todettiin olevan rauhoittava tekijä (Ludwick ym. 2012, 14) ja esimerkiksi laulamisailla voitiin ohjata potilaan huomiota hoitotoimenpiteestä ja näin lisättiin yhteistyökykyä tilanteessa (Hynninen ym. 2016, 7).

Ennen rajoittamistoimiin päätymistä oli yleistä lisätä käyntejä potilaan luona (Ludwick ym. 2012, 14), käyttää potilashälyttimiä, tuoda potilas vuoteessaan lähelle hoitajien työtilaa, jotta potilasta voidaan tarkkailla paremmin tai järjestää potilaalle vierihoitaja (Dahlke ym. 2019, 227; Hynninen ym. 2016, 6). Lääkitystä käytettiin usein haasteellisen käytöksen hallitsemiseksi (Dahlke ym. 2019, 227; Hynninen ym. 2016, 6). Tällöin hoitaja antoi haasteellisesti käyttäytyvälle potilaalle rauhoittavaa lääkettä tai kipulääkettä fyysisen rajoittamisen sijaan (Hynninen ym. 2016, 6), koska lääkitseminen nähtiin potilaalle vähemmän haitallisena toimenpiteenä (Dahlke ym. 2019,

227). Vierihoidajan läsnäolo vähensi tarvetta käyttää sekä kemiallista että fyysistä rajoittamista (Dahlke ym. 2019, 226–227). Ludwicken ja muiden (2012, 17) mukaan vaihtoehtoinen toimintatapa valitaan yleisemmin silloin kun iäkkään potilaan haasteellinen käytös on lyhytaikaista ja potilas on edelleen ohjattavissa eikä käytös suuremmin altista potilasta loukkaantumiselle. Hoitaja saattoi myös pidättäytyä rajoittamistoimista ja jäädä tarkkailemaan potilasta pidempään, jos hänellä oli aiempia positiivisia kokemuksia rajoittamisen välttämisestä vaihtoehtoisin keinoin (Goethals ym. 2013, 607). Kokko ja muut (2017, 530) painottivat, että kun vaihtoehtoja ei ole ja rajoittamiseen joudutaan turvautumaan, tulee se rajata mahdollisimman lyhyeksi ajaksi. Goethalsin ja muiden (2013, 610) tutkimus osoitti, että näin hoitajat myös halusivat toimia. Dokumentointi potilasasiakirjoihin on olennaista ja rajoittamistoimien sekä jo kokeiltujen, vaihtoehtoisten menetelmien tulee olla kirjattuina (Enns ym. 2014, 542).

Organisaation tulisi mahdollistaa resurssit sellaiselle hoitokulttuurille, joka tukee rajoittamisen vähenemistä (Ludwick ym. 2012, 18). Dahlke ja muut (2019) esittivät, että osastonhoitajan tulisi kartoittaa osaston toimintoja, jotka tukevat tai estävät iäkkään potilaan toimintakykyä ja moniammatillista yhteistyötä. Hoitajat kokivat myös apulaisosastonhoitajan ja vastuuhoitajan roolit keskeisiksi moniammatillisen ja potilaslähtöisen hoitotyön tukemisessa. (Mts. 231.) Yhtenä ongelmanratkaisuun liittyvänä vaihtoehtoisena toimintatapana oli myös asiantuntijakonsultaation järjestäminen potilaalle (Hynninen ym. 2016, 6). Hynninen ja muut (2016, 8) nostivat myös esiin ”one-on-one” -toimintatavan rajoittamisen vaihtoehtona. Tällöin yksi hoitaja hoitaa vain haasteellisesti käyttäytyvää potilasta eikä hänelle ole osoitettu muita hoitettavia potilaita. Ludwick ja muut (2012, 17–18) toivat esiin, että vaikka potilaan fyysinen rajoittaminen koetaan kuormittavana, näyttää rajoittamista välttävä vaihtoehtoinen toiminta olevan vielä työllistävämpää, mikä tulisi huomioida hoitajamitoituksessa.

Kokonaisvaltaisella, moniammatillisella hoidon suunnittelulla ja arvioinnilla on mahdollista vähentää iäkkäiden potilaiden rajoittamista sairaalassa (Enns ym. 2014, 541, 544). Hoitajien eettistä päätöksentekoa tukee moniammatillinen pohdinta, jolloin yhdessä punnitaan eri vaihtoehtoja ja päädytään yhteiseen ratkaisuun. Näin vältetään

myös hätiköityjä rajoittamistoimia. (Dierckx de Casterlé ym. 2015, 648–649.) Yksilöllinen, potilaslähtöinen ja moniammatillinen hoitotyö edellyttää potilaan ja omaisten suurempaa osallistamista potilaan hoidon suunnitteluun ja sitä koskevaan päätöksentekoon (Ang ym. 2015, 140; Dahlke ym. 2019, 229; Enns ym. 2014, 542; Lane & Harrington 2011, 202). Omaiset tuleekin nähdä iäkkään potilaan hoitotyössä aktiivisena ja tärkeänä osana hoitotiimiä (Enns ym. 2014, 544; Ludwick ym. 2012, 18). Heiltä voi esimerkiksi kysyä mahdollisuudesta olla haasteellisesti käyttäytyvän potilaan seurana, jolloin potilas on valvottuna ja rajoittamistoimia ei tarvita (Enns ym. 2014, 544).

Rajoittamiseen liittyviä hoitokäytäntöjä tulee tarkistaa akuuttihoidon osastoilla (Kokko ym. 2017, 530; Enns ym. 2014, 544). Rajoittamiseen johtavien syiden, seurauksien ja siitä aiheutuvien haittojen tiedostaminen ja tunnistaminen on erittäin tärkeää (Kokko ym. 2017, 530; Ang ym. 2015, 138, 140–141), jotta potilasta ei rajoiteta turhaan tai rutiininomaisesti (Kokko ym. 2017, 530). Näiden lisäksi tulisi myös ymmärtää milloin, kuinka usein ja kuinka pitkään potilasta rajoitetaan (Ang ym. 2015, 138). Tarkastelua tulee tehdä erityisesti potilaan siirtovaiheissa ja hoitajien vuoronvaihdon tilanteissa (Ludwick ym. 2012, 18). Rajoittamisen seurauksiin ja vaihtoehtoihin hoitomenetelmiin kohdentuvaa koulutusta tulisi myös implementoida (Lane & Harrington 2011, 202) ja tämä tulisi huomioida myös uusien työntekijöiden perehdytyksessä (Ludwick ym. 2012, 18). Akuuttihoidossa nähtiin tarvetta myös geriatrisen potilaan erityispiirteet huomioiville hoito-ohjeille. Iäkkään potilaan hoitokäytäntöjä tulee arvioida ja niiden perustaksi vaaditaan enemmän jatkuvaa, näyttöön perustuvaa koulutusta, arviointia ja kehittämistä. (Goethals ym. 2013, 611; Hynninen ym. 2016, 1, 8.) Hoitotyön koulutuksessa ja käytännön työssä tulisi todella ymmärtää potilaslähtöisen hoitotyön merkitys (Goethals ym. 2013, 611) ja päätöksenteon pohjana tulisi olla potilaan tarpeet sekä potilaan paras (Dierckx de Casterlé ym. 2015, 649; Lane & Harrington 2011, 202).

Rajoittamista ennaltaehkäiseviä strategioita tulisi kohdentaa erityisesti iäkkäiden, muistisairaiden potilaiden sairaalaan tulovaiheeseen (Ang ym. 2015, 140). Enns ja muut (2014) tutkivat interventiota, jonka tarkoituksena oli vähentää iäkkäiden potilaiden rajoittamistoimia neljällä akuuttihoidon osastolla. Siihen sisältyi hoitajien ja

lääkärien koulutusta sekä valittuihin yksiköihin rajoittamisen vähentämiseen keskittyviä asiantuntijakierroja. Interventiossa hyödynnettiin geriatriseen hoitotyöhön erikoistuneen kliinisen asiantuntijan sekä geriatriin osaamista. Kliininen asiantuntija koulutti hoitajia osastoilla määrittelemällä fyysisen rajoittamisen käsitettä, ottamalla puheeksi rajoittamiseen liittyviä uskomuksia ja tuomalla esiin todellisia, rajoittamisesta aiheutuvia seuraamuksia. Kliininen asiantuntija myös ohjasi vaihtoehtoisten menetelmien käyttöön rajoittamisen sijaan. Tutkimus antoi näyttöä, että interventio vaikutti toimintatapojen muuttumiseen ja fyysisen rajoittamisen vähenemiseen interventioon osallistuneissa yksiköissä. (Mts. 541–543.)

lääkäiden potilaiden hoitoa voidaan kehittää tukemalla rajoittamista vähentäviä käytänteitä yksikkötasoa laajemminkin. Sairaanhoidopiirin tai kaupungin eri yksiköiden tukena voi toimia erillinen rajoittamisen vähentämiseen keskittyvä työryhmä, jolle raportoidaan käytännöistä ja rajoittamistoimista. Koulutuksen saatavuudesta huolehditaan esimerkiksi sairaaloiden sisäisillä verkkokoulutuksilla ja -videoilla sekä keräämällä tietoa rajoittamistoimista ja niiden määrästä yksiköittäin ja kuukausittain. (Enns ym. 2014, 544.) Dahlken ja muiden (2019, 227) tutkimuksessa organisaation ”ei rajoittamista” -linjauksen nähtiin vahvistavan hoitajien sitoutumista vaihtoehtoihin menetelmiin rajoittamisen sijaan. Organisaatioissa on tärkeää tarkistaa, miten hoitohenkilökunta tulkitsee sairaalan nykyisiä rajoittamiseen liittyviä linjauksia ja ohjeita sekä arvioida, vaikuttavatko ne hoitajien valintoihin ja hoitokäytäntöihin fyysisen rajoittamisen suhteen (Ludwick ym. 2012, 18). Goethals ja muut (2013) nostivat esiin myös, että fyysiseen rajoittamiseen liittyvät käsitteet ovat kulttuurisidonnaisia ja niitä tulisi tarkentaa sekä yhdenmukaistaa. Kliinisessä hoitotyössä tulisi erityisesti keskittyä tarkastelemaan mikä tarkoitus milläkin rajoittamisvälineellä käytännössä on (Mts. 610).

Organisaation fyysiseen rajoittamiseen liittyvien eettisten ohjeiden tulisi olla kaikkien hoitajien tiedossa ja käytössä. Niiden avulla voidaan tarjota hoitajille työkaluja, joita voidaan hyödyntää iäkkään potilaan fyysiseen rajoittamiseen liittyvissä, eettisesti herkissä hoitotyön tilanteissa. Hoitotyön hallinnon tulisi myös tukea hoitajia käsittelemään eettisiä ristiriitoja. Nopea ja kustannustehokas tapa on esimerkiksi järjestää erilaisia moniammatillisia tapaamisia ja konferensseja, joissa fyysiseen rajoittamiseen

liittyvistä päätöksistä ja asenteista voidaan keskustella. Erityisen tärkeää tämä on silloin kun yksikössä ilmenee tarvetta eettiselle tuelle. Eettiseen päätöksentekoon suunnatulla tuella voidaan parantaa sekä hoitajien selviytymiskykyä haasteellisissa tilanteissa että hoitajan ammatillista itsevarmuutta sekä motivaatiota ja sitä kautta myös hoitajien työhyvinvointia ja iäkkäiden potilaiden hoitotyön laatua. (Dierckx de Casterlé ym. 2015, 649; Goethals ym. 2013, 611; Yamamoto & Aso 2009, 200-201.)

Goethals ja muut (2013) huomioivat, että fyysiseen rajoittamiseen liittyvä päätöksenteko ja lupakäytännöt vaihtelevat maiden kesken ja ne voivat kuulua joko hoitajan tai lääkärin vastuualueeseen. Tämän pohjalta he korostivat moniammatillisen, systemaattisen pohdinnan ja keskustelun tärkeyttä. (Mts. 611.) Yamamoto ja Aso (2009, 200) nostivat esiin kansainvälisen hoitotyötä ohjaavan ”The ICN Code of ethics for nurses”-ohjeistuksen, joka tarjoaa tukea hoitotyöhön ja ohjaa hoitotyön päivittäisiä päätöksentekoprosesseja useissa eri maissa.

Organisaatioon ja siihen liittyvien eri tekijöiden ja toimijoiden yhteyttä potilasturvallisuuteen ja siihen liittyviin tekijöihin tulisi paremmin tunnistaa ja ymmärtää (Ludwick ym. 2012, 17–18). Erityisesti haavoittuvien ja hauraiden vanhusten rajoittamistoimia tulee potilasturvallisuuden lisäksi pohtia myös potilaslähtöisyyden näkökulmasta (Goethals ym. 2013, 611). Tärkeää on myös ymmärtää miten vallitseva hoitokulttuuri vaikuttaa fyysisten rajoitteiden käytön jatkumiseen yksikössä (Ang ym. 2015, 141; Kokko ym. 2017, 530; Lane & Harrington 2011, 202). Koulutuksella voidaan parantaa akuuttisairaanhoidon henkilökunnan asenteita, käytöstä sekä tyytyväisyyttä työhön ja siten edistää myös potilaan hoidon tuloksia (Hynninen ym. 2016, 8; Yamamoto & Aso 2009, 200–201). Lanen ja Harringtonin (2011, 202) mukaan hoitajilla saattaa olla tietoa vaihtoehtoisista menetelmistä, mutta koulutuksen ja vaihtoehtoisten menetelmien käytännön osaamisen puutteiden takia vaihtoehtoiset menetelmät eivät yleisesti juurru käytäntöön. Iäkkäiden potilaiden akuutissa sairaalahoidossa on kiireellinen tarve yhtenäisille hoitokäytännöille ja -ohjeille (Hynninen ym. 2016, 8) sekä rajoittamista vähentäville strategioille, niiden laatimiselle ja implementoinnille (Ang ym. 2015, 140; Lane & Harrington 2011, 202).

## 7 Pohdinta

### 7.1 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tarkoituksena oli integratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata tekijöitä, jotka ovat yhteydessä iäkkään potilaan fyysiseen rajoittamiseen akuutissa sairaalahoidossa. Katsausaineistosta saatiin laajasti tuloksia sekä rajoittamiselle altistavista tekijöistä että rajoittamisen vähenemistä tukevista tekijöistä. Molempia tekijöitä on tärkeää tunnistaa, ja katsauksen tulokset antavatkin vastauksia tutkimuskysymykseen monesta eri näkökulmasta. Katsauksen perusteella voidaan kuitenkin todeta, että valitussa akuuttihoiton kontekstissa iäkkään potilaan rajoittamista on tutkittu melko vähän. McCabe ja muut (2011, 43–45) ovat myös huomioineet, että päivystyksessä tapahtuvasta fyysisestä rajoittamisesta ei iäkkäiden potilaiden osalta ole juuri tehty tutkimusta, vaikka iäkkäät potilaat ovat päivystyksessä merkittävä ja haavoittuvainen potilasryhmä. Tässä katsauksessa ei tullut esiin yhtään tutkimusta, joka olisi kohdentunut pelkästään iäkkään potilaan rajoittamiseen päivystyksessä, joten näin ollen tuloksia ei päivystyspotilaiden osalta saatu. Tämän opinnäytetyön tulokset kuvaavat neljän eri teeman kautta akuutin sairaalahoidon toimintaympäristöä ja hoitotyötä osastohoidon näkökulmasta, kun potilaana on iäkäs, haasteellisesti käyttäytyvä potilas, jolla on riski altistua rajoittamistoimille. Teemojen sisällöt ovat osittain päällekkäisiä ja monia tekijöitä voidaan tarkastella useamman teeman näkökulmasta. Esimerkiksi työnhallintaan liittyvien tekijöiden voidaan nähdä olevan yhteydessä jollaiseen teemaan jollakin tavalla. Samoin rajoittamisen vähenemiseen liittyvät tekijät ovat sidoksissa muihin teemoihin, mutta nähdään kokonaisuudessa merkityksellisenä omana teemana. Potilaslähtöisyys, moniammatillisuus ja eettisyys kulkevat vahvasti kaikkien teemojen läpi. Useamman teeman sisällöt ovat sidoksissa myös hoitokulttuuriin.

Katsauksen perusteella voidaan todeta, että iäkkään, haasteellisesti käyttäytyvän potilaan hoitaminen akuuttiosastolla on usein vaativaa, raskasta ja aikaa vievää. Iäkkäiden potilaiden hoitotyön kompleksisuus on todettu myös aikaisemmassa tutkimuk-



sessä (Hendlmeier ym. 2019; 212–220; Nilsson ym. 2016, 48). Katsauksessa rajoittamistoimien taustalla korostui hoitotoimenpiteiden turvaaminen samoin kuin aikaisemmissa tutkimuksissa (Dahlke ym. 2018, 9; Gunawardena & Smithard 2019, 4; McCabe ym. 2011, 43). Rajoittamista perusteltiin yleisimmin potilasturvallisuuden varmistamisella. Iäkkään potilaan näkökulmasta yleisimpiä rajoittamiselle altistavia tekijöitä olivat haasteellinen käytös, muistihäiriö ja huono liikuntakyky. Nämä tulokset ovat yhteneväisiä aikaisemman kirjallisuuskatsauksen kanssa (Gunawardena & Smithard 2019, 4). Haasteellisen käyttäytymisen taustalla ilmeni monia eri tekijöitä. Haasteellisen käytöksen hallinnassa potilaan sairaudentilan hoitamisen ja perustarpeisiin vastaamisen lisäksi tulisi akuuttihoitossa tunnistaa ja huomioida paremmin myös haasteellisen käytöksen taustalla olevia yksilöllisiä ja sosiaalisia taustatekijöitä. Gunwardenan ja Smithardin (2019) kirjallisuuskatsauksen mukaan esimerkiksi potilaan omaksumien pitkäaikaisten rutiinien puute voi sairaalaolosuhteissa aiheuttaa levottomuutta. Tällaisia rutiineja voivat olla esimerkiksi kahvin keittäminen tai lehden hakeminen aikaisin aamulla. Myös ajan vääristymät, kuten nuoruudessa eläminen, voivat aiheuttaa desorientoituneisuutta nykyhetkeen, ja vieras ympäristö sekä ihmiset voivat provosoida pelkotiloja iäkkäällä potilaalla. (Mts. 7.) Iäkäs potilas ja hänen tilanteensa tuleekin nähdä kokonaisvaltaisesti, ei vain sairaus- tai ongelmakeskeisesti.

Iäkkään potilaan sujuva sairaalahoido edellyttää moniammatillisuutta ja yhteistyötä potilaan omaisten sekä muiden sidosryhmien, kuten kotisairaanhoidon tai tehostetun palveluasumisen, kanssa. Koskeniemi ja muut (2013, 12–13) sekä Nilsson ja muut (2016, 51) ovat omissa tutkimuksissaan korostaneet tiedonkulkuun ja dokumentointiin liittyvien näkökulmien tärkeyttä akuuttihoitossa. Katsauksen pohjalta nähdään tarve tiedonkulun kehittämiseksi erityisesti iäkkään potilaan sairaalaan tulo- vaiheeseen. Yhteistyötä iäkkään, mahdollisesti sekavan potilaan kanssa helpottaa esimerkiksi potilaan mukana sairaalaan tuleva hoitajan lähete tai vastaavasti sähköiseen potilastietojärjestelmään kirjatut ja päivitettyt pysyvästiedot, josta hoitaja saa potilaan yksilöllisiä taustatietoja hoidon tueksi. Kattavat taustatiedot kotihoidolta ja potilastietojärjestelmästä sekä omaisilta saatu tieto potilaasta edesauttavat potilaaseen perehtymistä kiireisessä akuuttihoitossa. Näin myös potilaalle tuttuja elementtejä voidaan helpommin huomioida hoidossa sairaalajakson aikana. Sekä Lach ja muut

(2016, 20, 23) että Tölli ja muut (2017, 2828) tuovat esiin, että potilaan haasteelliseen käytökseen liittyviä tekijöitä tulee myös arvioida yksilöllisessä hoitosuunnitelmassa, jotta potilaan tarpeisiin voidaan vastata potilaslähtöisemmin ja rajoittamista voidaan vähentää.

Katsaus osaltaan todentaa tiedonkulun ja tilannearvion merkitystä myös fyysiseen rajoittamiseen liittyen, jotta rajoittamista ei rutiinisti jatkettaisi esimerkiksi potilaan siirtyessä toiseen hoitoyksikköön tai hoitavan hoitajan vaihtuessa. Tiedonkulku voidaan tässä yhteydessä nähdä olennaisena sekä potilasturvallisuutta että potilaslähtöisyyttä edistävänä tekijänä. Akuuttihoitotyön näkökulmasta geriatriasta arviointia tulisi tukea esimerkiksi kirjaamiskäytäntöjen yhdenmukaistamisella, jotta potilaan taustatiedot olisivat helposti saatavilla, ja iäkkään potilaan hoito olisi sujuvampaa päivystys- ja osasto-olosuhteissa. Tiedonkulku tulisi varmistaa iäkkään potilaan koko hoitoprosessin jokaisessa vaiheessa. Osaltaan tämä edellyttäisi myös yhtenäistä, kansallista potilastietojärjestelmää.

Katsauksessa iäkäs, haasteellisesti käyttäytyvä potilas kuvautui raskashoitaisena, ja rajoittaminen entisestään lisäsi hoitoisuutta. Toisaalta tuloksissa tuli myös esiin, että rajoitettuna haasteellisesti käyttäytyvän potilaan koettiin vaativan vähemmän työtä ja aikaa, jolloin muu hoitotyö helpottui. On huolestuttavaa, että rajoittaminen nähdään yhtenä työnhallinnan keinona. Rajoittamiseen liittyy kuitenkin jatkuvaa potilaan tilan tarkkailua, tilanteen arviointia ja dokumentointia, joten rajoittamista ei voi nähdä työmäärää helpottavana ratkaisuna. Kokemus työn helpottumisesta herättääkin huolen siitä, että potilas jää rajoittamistoimien aikana vaille tiivistä seurantaa. Nilsson ja muut (2016, 51) ovat tutkimuksessaan kuvanneet haasteellista käytöstä työllistävänä ja huomattavaa henkistä kuormitusta aiheuttavana, kun potilaan tilannetta täytyy toistuvasti tarkistaa. Myös aikaisemmassa tutkimuksessa on tullut esiin rajoittamisen toimivan hoitajan selviytymiskeinona haasteellisessa akuuttihoitoa toimintaympäristössä, jossa hoitajat oikeuttavat rajoittamista työn helpottamisella (Gunawardena & Smithard 2019, 5, 7; Xyrichis ym. 2018). Ymmärrystä ilmiön kompleksisuudesta lisää, jos tilannetta tarkastellaan Nilssonin ja muiden (2016, 52) esiin tuomasta näkökulmasta, jossa hoitaja joutuu kohtaamaan fyysistä väkivaltaa hoitaessaan iäkästä, sekavaa potilasta. Se aiheuttaa hoitajassa erilaisia negatiivisia tunteita,

kuten voimattomuutta, turhautumista, vihaa sekä pelkoa ja tuntuu jopa hyökkäykseltä omaa persoonaa kohtaan. Tuntemuksista huolimatta hoitajan on kyettävä hoitamaan potilasta ja kohtaamaan hänet ammatillisesti. Tämän näkökulman valossa työnhallintaan liittyvä potilaan rajoittaminen saa erilaisen merkityksen. Katsauksen perusteella voidaan todeta haasteellisen käytöksen aiheuttamien tuntemusten olevan sidoksissa hoitajan persoonaan ja yksilöllisiin kokemuksiin, joista juontuu myös työnhallinnan kokemus; millaisena haasteellinen käytös koetaan ja miten hyvin siihen koetaan kulloisessakin tilanteessa pystyttävän vastaamaan. Huomioitavaa on, että huonosti jaksava hoitaja purkaa herkästi väsymystään myös potilaaseen (Korhonen ym. 2015, 30), mikä puolestaan voi aiheuttaa potilaan haasteellisen käytöksen provosoitumista. Cooperin ja Livingstonen (2016, 184–185) arvion mukaan jopa joka neljäs hauras ja haavoittuva iäkäs altistuu kaltoinkohtelulle. Voidaankin todeta, että haasteellisesti käyttäytyvä, iäkäs potilas on erityisen altis huonolle kohtelulle ja on erittäin tärkeää tunnistaa millaisia tunteita potilas ja hänen käytöksensä itsessä herättää. Myös työn aiheuttamaan eettiseen kuormitukseen tulisi puuttua, jotta kuvatus kaltaista kierrettä katkaistaan.

Sekavuuden vuoksi potilas tarvitsee hoitajan apua yleensä kaikkeen päivittäiseen toimintaan. Lisäksi sekavuus koetaan passiivisuuden tunnetta lisäävänä tekijänä ja näin ollen potilaan hoidon kokemus on vahvasti hoitajan käsissä (Koskeniemi ym. 2013, 14). Kalula ja Petros (2016, 6) painottavat, että myöskään fyysisesti rajoitettuna potilas ei kykene huolehtimaan perustarpeistaan tai edes asennon vaihtamisestaan, ja voidaankin olettaa fyysisen rajoittamisen entisestään lisäävän potilaan passiivisuuden tuntemuksia ja riippuvuutta hoitajasta. Hoitajan taito kohdata potilas ja asennoitua tilanteeseen vaikuttaa tällöin entistä vahvemmin potilaan kokemukseen hoidosta (Koskeniemi ym. 2013, 14). Ottaen lisäksi huomioon, että esimerkiksi deliriumpotilaalle sekavuustila itsessään aiheuttaa myös jopa vastenmielisiä, äärimmäisen pelottavia ja ahdistavia tunteita (Laurila 2012, 646), on hoitajan empaattinen suhtautuminen ja rajoittamisen välttäminen ehdottoman tärkeää. Aikaisemman kirjallisuuden mukaan sekä akuutti sekavuustila että rajoittaminen voivat johtaa pitkittyneeseenkin itsetunnon ja toimintakyvyn laskuun ja johtaa pahimmassa tapauksessa jopa kuolemaan (Evans ym. 2003; Gunawardena & Smithard 2019, 5; Hendlmeier ym. 2019, 220; Huttunen 2018; Laurila 2012, 646; Shanahan 2012, 274).

Katsauksen joissakin tutkimuksissa tuli esiin, miten hoitaja osasi toimia tilanteessa ennakoiden ja pyrkiä erilaisten keinojen avulla välttämään rajoittamiseen päätyminen. Hoitajan toiminnassa ilmentyi tällöin positiivinen suhtautuminen potilaaseen ja tilanteeseen ja voidaankin nähdä, miten positiivinen asenne on sidoksissa hoitajan käytökseen. Myös Gunawardenan ja Smithardin (2019) kirjallisuuskatsauksen mukaan rauhallisella ilmapiirillä sekä lähestymistavalla ja potilaan toiveita sekä tarpeita kuulemalla voidaan haasteellista tilannetta sovitella. Järjestämällä potilaalle jotain aktiviteettia tai muiden potilaiden seuraa voidaan potilaan henkistä ja sosiaalista hyvinvointiaan lisätä ja saada huomiota kiinnitettyä tilanteessa toisaalle. (Mts. 7.) Luovuuden käyttäminen on joskus yllättävänkin toimivaa potilaan rauhoittamisessa tai yhteistyökyvyn tavoittamisessa. Mielenkiintoinen yksityiskohta tuloksissa oli, että aina sekavuuteen ja haasteelliseen käytökseen ei liittynyt negatiivisia tunteita, jos esimerkiksi potilaan persoonallisuus koettiin miellyttäväksi. Myös Nilsson ja muut (2016, 50) toivat omassa tutkimuksessaan esiin potilaan ”miellyttävän sekavuuden”, jolloin potilasta ja hänen käytöstään kuvattiin esimerkiksi rauhalliseksi, suloiseksi, hyväntahtoiseksi, harmittomaksi tai hallittavaksi, ja koska potilas ei käytöksellään häirinnyt osaston toimintaa ja hoitotyötä, potilaaseen ei kohdistunut negatiivisia asenteita tai käytöstä. Katsauksessa tuli esiin, että miellyttäväksi koettu potilas ei myöskään joutunut niin helposti rajoitetuksi, mutta tuloksista ei käynyt ilmi, kuinka haasteelliseksi tilanteet muodostuivat.

Katsaus todensi sen, että rajoittamiseen liittyvää päätöstä ei aina tehdä sen edellyttämällä harkinnalla, vaan ajoittain iäkäs potilas päädytään rajoittamaan rutiininomaisesti akuutissa sairaalahoidossa. Rajoittamistoimien tarpeellisuuden arviointia ei katsauksen perusteella myöskään aina riittävästi tapahdu. Saarnion (2009, 82) mukaan rajoittamistoimien mieltäminen normaaliksi hoitotyön käytännöksi ja toiminnaksi altistaa niiden rutiininomaiselle käytölle. Saarnion mukaan huomioitavaa on, että rajoittamiseen liittyviä ja sen aiheuttamia haittoja sekä hyötyjä ei tulisi arvioida hoitoympäristön vaan aina iäkkään potilaan näkökulmasta. Tässä katsauksessa tuli esiin hoitajien kokemia rajoittamiseen liittyviä haittoja ja hyötyjä, jotka olivat yhteydessä akuutin hoitotyön toimintaympäristöön ja työnluonteeseen. Näitä tekijöitä on tärkeää tunnistaa, jotta ymmärretään rajoittavien toimintatapojen ilmentymistä akuut-

tihoidossa ja hoitajien käsityksiä näiden taustalla (Xyrichis ym. 2018). Myös hoitokulttuurin tulisi mahdollistaa ja tukea työnhallinnan kokemusta siten, että rajoittamiseen ei tarvitse päätyä. Dierckx de Casterlé ja muut (2020, 5, 10–11) tunnistavat hoitokulttuurin merkityksen työnhallinnan ja rajoittamisen vähenemisen kannalta olennaiseksi. Hoitokulttuuri voi joko tukea tai estää potilaslähtöisen hoitotyön toteutumisesta kiireisessä akuuttihoitossa. Myös tämän katsauksen perusteella voidaan todeta, että organisaation tulee pystyä vastaamaan työnhallinnan haasteisiin ja tarjota hoitajille tukea ja koulutusta, joiden avulla osaamista voidaan vahvistaa ja työnhallinnan tunnetta lisätä. Hoitotyön tutkimussäätiön tekemän tutkimuksen mukaan lisäkoulutusta tarvitaan erityisesti haasteellisesti käyttäytyvien iäkkäiden potilaiden kohtaamiseen (Korhonen ym. 2015, 23). Geriatriksen hoitotyön periaatteisiin sitoutumista tulisi lisäksi varmistaa kiinnittämällä huomiota hoitajan yksilöllisiin asenne- ja motivaatiotekijöihin ja tämä tulisi huomioida myös uusia työntekijöitä rekrytoitaessa.

Aikaisemman kirjallisuuden perusteella akuutin sairaalahoidon toimintaympäristö ei aina tue iäkkään potilaan hoitoa (Aminzadeh & Dalziel 2002; Geriatric emergency department guidelines 2013, 3; Xyrichis ym. 2018) ja voi jopa itsessään aiheuttaa haasteellista käytöstä johtaen rajoittamistoimiin, kun potilaan ja hoitoympäristön tarpeet eivät kohtaa (Xyrichis ym. 2018). Tässä katsauksessa tämä tuli myös esiin esimerkiksi fyysisten tilojen ja välineiden epätarkoituksenmukaisuutena sekä puutteellisina henkilöstöresursseina. On tärkeää kuitenkin tunnistaa, että iäkkään potilaan kohtaaminen ei ole resurssi- vaan asennekysymys (Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla 2012, 37; Korhonen ym. 2015, 23). Hoitajalla on vastuu omasta toiminnastaan ja asenteistaan kaikissa olosuhteissa, jotta potilaan saama hoito ja kohtelu on eettisesti kestävä ja potilaslähtöistä. Koskeniemen ja muiden (2013, 12) tutkimuksessa potilaat toivat esiin, että väsymyksestä ja työn paineista huolimatta hoitajien tulisi kohdata potilaat aina ystävällisesti, koska se on olennainen osa hoitajan ammattitaitoa. Toki on tunnustettava, kuten Nilsson ja muut (2016, 53) tuovat esiin, että haasteellisesti käyttäytyvän potilaan tarpeisiin vastaamisen ohessa on edelleen vastattava myös muiden potilaiden hoidosta, minkä lisäksi on myös kyettävä auttamaan kollegoja ja otettava osaa muun muassa osaston toiminnan organisointiin. Osaamista ja työnhallintaa tuleekin tukea useilla eri osa-alueilla akuuttihoitotyössä, jotta potilaan hyvä hoito voidaan varmistaa.

Tämän katsauksen tulokset ilmentävät myös Xyrichin ja muiden (2018) esille nostamia huomioita rajoittavista käytännöistä akuuttihoidossa ja voidaankin nähdä miten esimerkiksi hoitajan asenteet ja käyttäytyminen, mukaan lukien hoitotyön akuutiosastojen käytännöt, voivat myös olla potilasta rajoittavia. Xyrichin ja muiden näkemys tukee katsauksen antamaa kuvaa; haasteellinen käytös on usein seurausta täyttämättömistä tarpeista, vuorovaikutuksen ongelmista ja näin ollen käytös voi myös olla reaktio akuutiosaston rajoittaviin käytäntöihin. Töllin ja muiden (2017, 2817, 2828) mukaan hoitajien vuorovaikutustaitojen kehittämisellä haasteelliseen käytökseen liittyvien tilanteiden hallintaa voidaan lisätä.

Katsaus kuvaa miten monin eri tavoin haastavaa rajoittamiseen liittyvä päätöksenteko on akuuttihoidon osastoilla. Kyse ei ole vain hoitajan yksittäisestä päätöksestä, vaan siihen vaikuttavat monet potilaaseen, hoitajaan ja olosuhteisiin liittyvät tekijät kyseisessä tilanteessa. Tilanteet ovat useimmiten myös eettisesti ja emotionaalisesti latautuneita. Voidaan nähdä, että tilanteista aiheutuva eettinen kuormitus on huomattavaa. Rajoittamispäätökseen liittyvät epävarmuuden tunteet ja pohdinnat vaikeuttavat työnhallintaa ja lisäävät stressiä sekä työn kuormittavuutta, jotka ovat jo ennestään merkittäviä hoitoalalla. Myös aikaisempi tutkimus osoittaa saman ongelman. Työn aiheuttama eettinen kuormitus koskettaa monia ja saa harkitsemaan jopa alan vaihtoa (Nilsson ym. 2016, 53; Työterveyslaitos 2019). Katsauksestakin nousi esiin vahvasti, että hoitajien työssäjaksamiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota ja jokapäiväisiin hoitotyön arjen eettisiin kysymyksiin tulisi myös tarjota tukea (Korhonen ym. 2015, 28, 30).

Katsauksen esiintuoma rajoittamiseen liittyvien lupakäytäntöjen vaihtelu ja kirjaamiskäytäntöjen epäyhtenäisyys ovat suositusten vastaisia (Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö 2020). Aikaisemmassa tutkimuksessa on myös tullut esiin puutteita rajoittamisen syyn, rajoittamistoimien ja -määräyksen kirjaamisessa (Kalula & Petros 2016, 6). Tämä voi toisaalta selittyä sillä, että yleisimmin rajoittamiseen käytettiin sängynlaitoja, joiden käyttöön ei yleisesti tarvita lääkärin lupaa. Sängynlaidat voivat kuitenkin olla myös haitallisia hoidossa, ja niiden käyttöä tulee huolellisesti harkita sekavien ja kognitioltaan heikentyneiden iäkkäiden potilaiden kohdalla (Shanahan 2012, 275). Saarnio (2009, 79) painottaa, että kaikkien iäkkään potilaan hoitoon

osallistuvien olisi tärkeää hyväksyä, että kaikkea ei voida estää ja että tärkeää on päästä liikkumaan kaatumisriskistä huolimatta. Etenkin, jos potilaalla on sekavuuden tai agitoitumisen vuoksi riski tulla sängynlaitojen yli, ei niitä tule nostaa ylös ja päätös tulee kirjata hoitokertomukseen. Jos sängynlaitoja päädytään käyttämään potilaan hoidossa, sängynlaitojen käytön perustelujen ja tavoitteen tulisi olla kirjattuina. Yleisesti ottaen sängynlaitojen käyttö hoidossa tulisi nähdä uusin silmin (Shanahan 2012, 279) samoin kuin rajoittaminenkin, jonka tarve tulisi aina kyseenalaistaa.

Rajoittamisen vähentämiseen ei ole helppoa ja yksinkertaista tietä. Esimerkiksi jatkuvan valvonnan järjestäminen on luontevaa nähdä sopivana ja helposti toteutettavana ratkaisuna haasteelliseen käytökseen. Tulosten mukaan jatkuva, intensiivinen valvonta ei ole kuitenkaan ongelmaton iäkkään, sekavan potilaan näkökulmasta. Myös Shanahan (2012, 277–278) tuo esiin valvonnan vaikuttavan negatiivisesti potilaan yksityisyyden ja itsemääräämisen tunteisiin ja esittää, että valvontaa tulisi myös tarkastella rajoittamisen näkökulmasta. Lisäksi hän mainitsee vierihoidon olevan kustannuskysymys, kuten myös Xyrichis ja muut (2018) tuovat esiin. Voidaankin huomata, kuinka yksinkertaisilta kuulostavat ratkaisut ovat joskus haasteellisia toteuttaa. Hoitajien on vaikea vaikuttaa osaston työmäärään ja henkilöstöresursseihin. Nykyisessä taloustilanteessa myös hoitajaresursseista vastaaville kohdistuu jatkuvia säästövelvoitteita. Hoitajamitoitusta lisäämällä voitaisiin rajoittamistoimia mahdollisesti vähentää, mutta katsauksen perusteella voidaan todeta, että moneen asiaan voidaan kiinnittää huomiota myös nykyisten resurssien puitteissa. Hoitajien päivittäistä, vuorokohtaista työnjakoa voidaan suunnitella ja järjestää tarkemmin. Potilaiden vaihtuvat, erilaiset hoitoisuudet voitaisiin paremmin ottaa huomioon, ja joissain vuoroissa voisi olla hyötyä esimerkiksi parityöskentelystä.

Katsauksen perusteella nähdään tarvetta akuutin hoitotyön sisällölliselle kehittämiselle geriatrisen osaamisen ja erityisesti haasteellisesti käyttäytyvän, iäkkään potilaan hoidon osalta. Hoitotyön tutkimussäätiön mukaan hoitajat suosivat kollegan tietämystä käytännön hoitotyön tilanteissa enemmän kuin tutkimustietoa. Esimerkiksi tällaisissa tilanteissa kliininen asiantuntija voi toimia linkkinä hoitotyön käytännön ja tutkimusnäyttöön perustuvan tiedon välillä edesauttaen hoitotyön käytäntöjen yhdenmukaistamista suosituksia vastaavaksi. (Korhonen ym. 2018, 111.) Katsauksessa

hoitotyön kliinisen asiantuntijan toimiminen osana moniammatillista tiimiä koettiin hyödyllisenä ja sillä voitiin nähdä olevan vaikutusta rajoittamisen vähenemiseen. Kliinisen asiantuntijan osaamista tulisi paremmin hyödyntää akuuttihoitotyössä iäkkään, haasteellisesti käyttäytyvän potilaan hoidossa, jotta rajoittamistoimia voidaan vähentää. Myös aikaisempi tutkimus näkee kliinisen asiantuntijan roolin merkityksellisenä iäkkäiden potilaiden hoidossa (Deschodt ym. 2016; Fougère ym. 2016), haasteellisten hoitotyön tilanteiden tukemisessa ja rajoittamisen vähentämisessä (Leah ym. 2016, 22), joskin lisää tutkimusta myös tarvitaan (Deschodt ym. 2016). Kiinnostusta geriatriseen hoitotyöhön tulisi myös tukea esimerkiksi juuri urapolkujen myötä. Sen lisäksi, että hoitotyön kliininen asiantuntija voi tarjota mahdollisuuksia akuuttihoitotyön geriatriselle kehittämiselle, hän voi asiantuntijuusosaamisellaan varmistaa hoidon laatua monella organisaatiotasolla ja -alueella. (Fougère ym. 2016.) Myös aikaisempi tutkimus tunnistaa geriatrisen osaamisen ja tuen tarpeen iäkkäiden potilaiden akuutissa sairaalahoidossa (Fougère ym. 2016; Hendlmeier ym. 2019; Korhonen ym. 2015, 30; Nilsson ym. 2016, 54) ja erityisesti iäkkäiden delirium- ja dementiapotilaiden hoidon osalta (Hendlmeier ym. 2019, 220).

Katsauksen pohjalta voidaan toimintakyvyn merkitys nostaa keskeiseksi tekijäksi, jolla iäkkään potilaan hoidon laatua voidaan arvioida; onnistunut hoito on muutakin kuin sairauden hoitoa tai taudista paranemista. Iäkkään potilaan toimintakyky laskee nopeasti sairaalahoidon aikana, jos potilasta ei jo varhaisessa vaiheessa aktivoida liikkeelle. Samoin rajoittamisen vaikutukset toimintakykyyn on tunnistettu (Evans ym. 2003; Gunawardena & Smithard 2019, 5; Shanahan 2012, 274). Katsauksen pohjalta voidaan painottaa, että kuntouttavan hoitotyön periaatteet tulee omaksua olennaiseksi osaksi myös iäkkään potilaan akuuttivaiheen hoitoa. Kansainvälisesti iäkkään potilaan tarpeisiin on pyritty vastaamaan perustamalla iäkkäiden potilaiden akuuttihoitoon perehtyneitä yksiköitä (Acute Care for Elders, ACE), joissa toiminta perustuu iäkkään potilaan tilanteen laaja-alaiseen arviointiin (comprehensive geriatric assessment, CGA), ja jonka myötä erityisesti iäkkään toimintakyvyn laskua voidaan ehkäistä (Fox ym. 2012; Fox ym. 2013; Hickman ym. 2015). Tässä katsauksessa oli mukana sekä akuuttigeriatrian osastoja että ”tavanomaisia” somaattisen hoidon akuuttiosastoja, mutta vertailua rajoittamiseen suhtautumisesta ei tämän opinnäytetyön puitteissa tehty. Hoitokulttuurin merkitystä rajoittamiseen olisi kiinnostavaa tutkia lisää



eri osastojen hoitotyön näkökulmasta. Myös Xyrichis ja muut (2018) tunnistavat, että lisää tutkimusta tarvitaan ymmärtääksemme paremmin rajoittamiskäytäntöjen merkitystä sekä potilaille että hoitajille erilaisissa akuuttihoidon konteksteissa, jotta niitä voidaan kohdennetummin tarkastella ja rajoittamistoimia vähentää. Shieldsin ja muiden (2017) systemaattinen katsaus ja meta-analyysi osoitti moniammatillisen ja kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin olevan hyödyllinen lonkkamurtumapotilaiden leikkauksen jälkeisen deliriumin vähentämisessä. Steenin ja muiden (2013, 212) tutkimus deliriumosaamisesta akuuttigeriatrian osastoilla taas osoitti, että rajoittaminen oli laajasti käytössä, vaikka deliriumosaamisen ja geriatrisen hoidon voisi olettaa vähentävän rajoittamistoimia. Potilaan toimintakyvyn näkökulmasta voidaan todeta, että kokonaisvaltaisen, geriatrisen lähestymistavan merkitystä tulisi myös akuuttihoitotyön kontekstissa tarkastella enemmän ja erityisesti hoitajien näkökulmasta.

Hyvänä lähtökohtana omalle toiminnalle hoitajana voi toimia pohdinta siitä, miten itse haluaisi tulla iäkkäänä potilaana hoidetuksi ja miten hyvän hoidon periaatteet hoidossa ilmenisivät. Tämä ei silti yksinään riitä, vaan lisäksi tulee huomioida potilaan henkilökohtaiset toiveet omaa hoitoaan koskien. Yksilöllisen hoidon haasteellisuutta lisää, jos potilas ei itse pysty ottamaan osaa hoidon suunnitteluun, jolloin on entistä tärkeämpää osallistaa omaiset ja muut sidosryhmät potilaan hoitoon. Katsauksessa korostui moniammatillisen, potilaslähtöisen hoitotyön merkitys ja sen voidaankin todeta nousevan yhdeksi kantavaksi tekijäksi, kun pohditaan rajoittamisen vähentämisestä edistäviä tekijöitä. Myös Lach ja muut (2016 17, 23) sekä Kalula ja Petros (2016, 6) tähdentävät moniammatillisuuden ja potilaslähtöisyyden merkitystä akuuttihoiton rajoittamistoimien vähentämisessä, minkä lisäksi he nostavat esiin hoitajien merkittävän roolin tunnistaen myös hoitokulttuurin merkityksen. Moniammatillisuus korostuu myös päätöksenteossa (Shanahan 2012, 279) erityisesti silloin, kun kyseessä on iäkäs, haasteellisesti käyttäytyvä potilas.

Katsauksesta välittyy kuva siitä, että haasteellisessa tilanteessa hoitaja pyrkii toimimaan parhaalla mahdollisella tavalla, mutta aina tilannetta ei arvioida potilaan näkökulmasta, vaan olosuhteilla on suurempi vaikutus päätöksentekoon. Samoin on nähtävissä, että kun hoitaja tekee päätöksen käyttää rajoittamista potilaan turvallisuus-

den varmistamiseksi, hän uskoo tekevänsä päätöksen ”potilaan parhaaksi”. Tätä voidaan tarkastella myös toisesta, katsauksessakin esiin tulleesta näkökulmasta ”hoitaja tietää parhaiten” -päätöksenä, jolloin potilasturvallisuuden varmistamisella vaarannetaan potilaan itsemääräämisoikeus. Hoitajalla tulisi olla taito tarkastella näitä tilanteita, jotta hän ymmärtää, kenen parhaaksi päätös todella tehdään. (Shanahan 2012, 276.) Hoitotyön tutkimussäätiön (2015) selvityksen mukaan iäkkään potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisen taustalla voi olla hoitajien osaamiseen tai voimavaroihin liittyvää riittämättömyyttä, mutta myös hoitokulttuurissa ilmeneviä puutteita. Vaikka hoitohenkilökunnasta on jo nyt vajetta ja tulevaisuudessa mahdollisesti jopa enemmän, voidaan toimintatapoja muuttamalla hoitokulttuuria nykyisellään kehittää. Ne seikat, joihin hoitajat voivat omalla toiminnallaan ja asenteillaan vaikuttaa, ovat usein muutettavissa. (Korhonen ym. 2015, 28.) Myös katsauksen valossa hoitokulttuurilla on keskeinen merkitys siihen, miten hyvin hoitaja pystyy vastaamaan iäkkäiden potilaiden tarpeisiin potilaslähtöisesti sekä moniammatillisesti. Laakkosen (2014, 44) näkemyksen mukaan hoitokulttuuri parhaimmillaan selkiyttää hoitotyötä ja yhtenäistää toimintaperiaatteita; hoitokulttuuri sitouttaa toimimaan yhteisten, hoitotyön arvomaailmasta nousevien päämäärien mukaisesti yhteisiin toimintakäytänteisiin potilaan ongelmien ratkaisuisissa. Katsauksen pohjalta voidaan todeta, että hoitokulttuurin merkitys rajoittamisen vähenemisessä on ilmeinen.

## 7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyötä tehdessä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Lähtökohtina ovat olleet rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksen vaiheet on kuvattu tarkasti ja lähdeviitteiden merkinnät on tehty asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Opinnäytetyön aihe on noussut merkitykselliseksi kliinisessä hoitotyössä, minkä vuoksi aiheeseen päätettiin syventyä opinnäytetyön avulla. Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä opinnäytetyöntekijöiden työnantajaorganisaatioiden kanssa. Työhön ei liittynyt sidonnaisuuksia eikä rahoituksia. Analysoitava aineisto koostui tutkimuskysy-

mykseen vastaavista tieteellisistä artikkeleista, jotka olivat vapaasti saatavilla tai kirjaston tarjoamien lisenssien avulla saatavilla eri tietokannoista. Opinnäytetyö ei näin ollen edellyttänyt tutkimuslupaa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Luotettavuutta ajatellen aineiston keräys, analyysi ja tulosten raportointi kulkevat käsi kädessä. Luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkimus tehdään tutkimuksen suunnittelusta raportointiin asti huolellisesti, mikä vaatii edistyneitä tutkijan taitoja. (Elo, Kääriäinen, Kanste, Pölkki, Utriainen & Kyngäs 2014.) Integratiivinen kirjallisuuskatsaus on tutkijalle vaativa metodi. Luotettavuutta voidaan parantaa koko prosessin huolellisella suunnittelulla ja raportoinnilla siten, että tutkimus on toistettavissa jälkikäteenkin. (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016, 111.) Menetelmään perehdyttiin lukemalla metodologialtaan samankaltaisia, aikaisempia tutkimuksia. Luotettavuutta parantaa myös se, että kaksi opinnäytetyöntekijää tahoillaan tekivät itsenäisesti artikkelien valintaa ja laadun arviointia. (Hopia ym. 2016, 667; Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016, 111.) Epäselvissä tilanteissa havainnoista keskusteltiin yhdessä.

Opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa hyödynnettiin kirjaston informaatikon asiantuntemusta tietokantojen valinnassa ja hakusanojen hahmottelussa. Lopulliset hakusanat muodostettiin opinnäytetyöntekijöiden kesken ja hakuprosessi suoritettiin itsenäisesti. Hakuprosessin aikana pohdintaa aiheutti hakutulosten sopiva määrä. Lehtiön ja Johanssonin (2016, 51–52) mukaan sopivan hakutuloksen määrä ei ole yksiselitteinen. Jos hakutuloksia on liikaa (yli 1000 yhdestä tietokannasta) tai liian vähän (alle 100 viitettä), tulee hakusanoja arvioida ja tarvittaessa tarkentaa tai laajentaa hakua. Tässä opinnäytetyössä tietokannoista saatu aineisto oli melko suuri, ja samoja tutkimuksia tuli useammasta tietokannasta. Tämän koettiin lisäävän luotettavuutta siitä, että opinnäytetyön kannalta relevantti aineisto tavoitettiin. Kontekstin ja hakusanojen tarkemmalla rajauksella aineistoa olisi voinut pienentää, mutta toisaalta laajojen hakujen myötä saatiin kuva yleisesti fyysiseen rajoittamiseen liittyvästä tutkimuksesta, joka on keskittynyt enemmän pitkäaikaishoidon, psykiatrisen hoidon ja tehohoidon alueille. Hoitoympäristön kontekstin rajaamattomuudella haluttiin toisaalta myös varmistaa, että kaikki aiheita sivuavatkin tutkimukset löytyisivät (Lehtiö & Johansson 2016, 52). Esimerkiksi Lanen ja Harringtonin (2011) tutkimus otettiin mukaan katsaukseen valikoidusti vain akuuttihoitoon kontekstissa. Sisäänottokriteerit

on määritelty tarkasti sekä perustellen. Kriteerejä on pyritty noudattamaan erittäin huolellisesti, mutta on mahdollista, että laajan aineiston kanssa työskennellessä on sattunut myös inhimillisiä erehdyksiä tai virhepäätelmiä. Niela-Vilénin ja Hamarin (2016, 27-28) lohdullisen ajatuksen mukaan kirjallisuuskatsauksen hakuprosessi ei ole koskaan täydellinen ja toteutus on myös riippuvainen käytettävissä olevista resursseista.

Opinnäytetyön luotettavuutta heikentää osaltaan se, että kielirajaus tehtiin suomen ja englannin kieliin. Tämä on saattanut jättää pois olennaisia artikkeleja, mutta toisaalta riittävän kielitaidon varmistamiseksi kielirajaus oli oleellinen. Lisäksi tässä opinnäytetyössä valittiin aineisto vain Jyväskylän ammattikorkeakoulun, Tampereen yliopiston ja Itä-Suomen yliopiston kirjastojen kustantamien tietokantalisenssien puitteissa. Jos artikkeli ei ollut näiden kautta saatavilla, se tuli hylätyksi. Tämän takia joi-takin mahdollisesti relevantteja artikkeleita jäi lopullisen aineiston ulkopuolelle. Integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa luotettavuuden kannalta tärkeä vaihe on valitun aineiston laadunarviointi. Laadunarvioinnille ei ole kuitenkaan olemassa selkeää yhteistä konsensusta. Laadunarvioinnin perusteella ei päädytty hylkäämään yhtään tutkimusta, vaikka yksi artikkeli saikin huonot pisteet laadunarvioinnista. Tämä voi osaltaan heikentää opinnäytetyön laatua. Vertaisarviointirajauksista ei pystytty yhdessä tietokannassa tekemään, mutta vertaisarviointi varmistettiin julkaisufoorumin tai kyseisen lehden omilta sivuilta. ”Harmaan kirjallisuuden” hyödyntäminen olisi voinut antaa katsaukselle lisäarvoa, mutta opinnäytetyön puitteissa tätä ei koettu niin merkitykselliseksi ja päädyttiin pitäytymään tieteellisessä, vertaisarvioidussa aineistossa.

Katsaukseen valitut artikkelit olivat hyvin erilaisia metodologioiltaan, mikä toi haasteita analyysiprosessiin. Tämä osaltaan vaikuttaa opinnäytetyön luotettavuuteen heikentävästi. Analyysiprosessin luotettavuutta lisää kuitenkin se, että aineistoon perehdyttiin syvällisesti ja kaikissa prosessin vaiheissa tukeuduttiin alkuperäiseen aineistoon. Muistiinpanojen tekeminen oli merkittävä osa analyysiprosessia ja reflektiivisyys voidaan nähdä luotettavuutta vahvistavana tekijänä. Päätöksentekoprosessi on pyritty raportoimaan huolellisesti ja lisäksi analyysiprosessia kuvaavat taulukot ja kuvat vahvistavat läpinäkyvyyttä sekä johdonmukaisuutta. (Nowell ym. 2017, 3; Whittemore & Knafl 2005, 551.)

Katsauksen tuottama kansainvälinen näkökulma on arvokas, mutta tulosten siirrettävyyttä on arvioitava kriittisesti (Hammond & Wellington 2017, 102). Katsauksessa oli mukana vain kaksi suomalaista tutkimusta. Muissa maissa toteutettujen tutkimusten tulokset ovat sidoksissa kunkin maan erilaisiin kulttuureihin, normeihin ja terveyspalvelujärjestelmiin. Tästä syystä tulosten yleistettävyyttä on ongelmallista arvioida. (Vrt. Apiainen ym. 2018, 235–236.) Katsauksessa esiin tulleet tekijät ovat ymmärrettävissä suomalaisessa hoitotyön kontekstissa. Tuloksia on myös tulkittu suomalaisen hoitotyön näkökulmasta, mikä on osaltaan voinut aiheuttaa virhepäätelmiä ja heikentää luotettavuutta. Opinnäytetyössä pyrittiin kuvaamaan tulokset niin kattavasti, että lukija voi tarvittaessa arvioida siirrettävyyttä omaan kontekstiinsa (Nowell ym. 2017, 3). Opinnäytetyön tulosten tukena esitetään aiempaa tutkimusta ja teoreettinen tietoperusta jäsentää näkökulmaa sekä käsitteitä. Tulokset antoivat ennakkokäsitystä laajemman kuvan ilmiöön, ja näiltä osin teoreettista viitekehystä on täydennetty. Esimerkiksi hoitokulttuurin käsitteen tarkentaminen oli tarpeen eri tulosten välisten suhteiden selventämiseksi.

Koko opinnäytetyöprosessin aikana on pyritty käyttämään uusinta mahdollista tietoa, jotta aiheesta saadaan ajantasainen kuva. Ilmiön käsitteiden moninaisuus oli yllättävää, samoin kuin ilmiöön liittyvien tekijöiden tiivis kytkeytyminen toisiinsa ja jopa osittainen päällekkäisyys. Temaattisen analyysin avulla moniulotteista ilmiötä saatiin hyvin jäsenneltyä ja koottua. Menetelmänä kirjallisuuskatsaus ei antanut mahdollisuuksia tarkentaville tai syventäville kysymyksille, joita esimerkiksi haastattelututkimuksen yhteydessä olisi voinut hyödyntää. Valitulla integratiivisen kirjallisuuskatsauksen menetelmällä tutkimuskysymykseen saatiin kuitenkin vastauksia melko laajasti, ja temaattisen analyysin avulla ilmiöstä koostui varsin kattava kuva. Tulokset kuvaavat iäkkään potilaan fyysiseen rajoittamiseen liittyviä tekijöitä akuutissa sairaalahoidossa.

### 7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyönä toteutetun integratiivisen kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta, että iäkkään, akuutisti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan fyy-

sinen rajoittaminen on kompleksinen, monitekijäinen ilmiö. Katsaus toi esiin rajoittamiseen liittyvien käsitteiden moninaisuuden ja mahdollisti ilmiön laajan tarkastelun. Tulokset antavat näkökulman realiteetteihin, joita kohdataan haasteellisissa hoitotyön tilanteissa sekavan, iäkkään potilaan hoidossa sairaalan akuuttiosastoilla. Katsaukseen ei valikoitunut päivystykseen kohdentunutta tutkimusta, koska aiemmat tutkimukset eivät käsitelleet rajoittamista iäkkäiden potilaiden näkökulmasta.

Opinnäytetyön tulokset ilmentävät haasteita ja mahdollisia esteitä sekä tekijöitä, joita esiin nostamalla voidaan hoitokulttuuria tukea vastaamaan iäkkäiden potilaiden tarpeisiin akuutissa sairaalahoidossa. Tulevaisuudessa tulisi entistä vahvemmin nähdä rajoitteiden käyttö poikkeuksellisenä hoitotyön toimintana ja rajoittamisen tarve tulisi hoitotyön arjessa, kiireen ja paineenkin keskellä, aina kyseenalaistaa ja pyrkiä etsimään etsiä vaihtoehtoja toimintatapaa. Iäkkään potilaan toimintakyvyn turvaaminen liikkumisen mahdollistamisella tulisi olla ensisijainen potilasturvallisuuden varmistamiseksi mielletävä toimintatapa ja rajoittamisen näennäinen turvallisuutta lisäävä vaikutus tulisi kyseenalaistaa. Erityisen tärkeää tämä on niin sanottujen ”kajoavien” rajoittamismenetelmien osalta, mutta myös vähemmän rajoittavia, yleisiä hoitokäytänteitä tulee pohtia. Hoitokulttuurin tulee tukea iäkkään potilaan toimintakyvyn säilymistä myös akuutin sairastumisen tai loukkaantumisen aikana. Rajoittamisen ei voidakaan nähdä pelkästään loukkaavan potilaan itsemääräämisoikeutta, vaan altistavan hänet toimintakyvyn laskulle ja näin ollen jopa loppuelämän ajan riippuvuudelle ulkopuolisesta avusta.

Hoitotyön käytäntöjen ja päätöksenteon tueksi tarvitaan yhtenäisiä ohjeita, joiden tulee tukea rajoittamisen vähentämistä ja iäkkään potilaan asianmukaista hoitoa. Lisäksi hoitajien geriatriseen osaamiseen sekä asenne- ja motivaatiotekijöihin tulisi kiinnittää huomiota. Moniammatillisuus tulee nähdä olennaisena osana iäkkään potilaan akuuttihoitoa ja hoitotyön kliinisten asiantuntijoiden ja asiantuntijasairaanhoitajien osaamista rajoittamisen vähenemisen tukemisessa tulisi hyödyntää. Kehittämistyötä tulisi tehdä yli yksikkörajojen, myös kansallisesti.

Vaikka katsauksessa kuvattujen fyysiseen rajoittamiseen liittyvien tekijöiden merkityksestä tarvitaan lisätietoa, niiden tarkastelu lisää ymmärrystä aiheesta ja tulokset

ovat hyödynnettävissä akuuttihoidon rajoittamiskäytäntöjä arvioitaessa ja iäkkään potilaan hoitotyötä kehitettäessä. Tuloksia voidaan myös hyödyntää hoitotyön koulutuksen sisältöjen suunnittelussa ja toteutuksessa.

**Opinnäytetyön kehittämis- ja jatkotutkimusehdotuksina esitetään:**

- Rajoittaminen tulee akuuttihoidossa hoitokäytäntönä kyseenalaistaa ja rajoittamisen vähenemiseen suunnattua keskustelua tulee pitää yllä kaikilla hoitotyön tasoilla.
- Rajoittamiseen liittyvää käsitteistöä tulisi tarkentaa ja yhdenmukaistaa sekä kansallisella että kansainvälisellä tasolla, jotta tätä kompleksista ilmiötä voitaisiin tarkemmin tarkastella.
- Rajoittamiseen liittyvää dokumentointia tulisi yhtenäistää ja rajoittamistapah- tumien tilastoiminen tulisi mahdollistaa, jotta rajoittamisen yleisyyttä voitai- siin arvioida ja rajoittamistoimiin puuttua kohdennetummin.
- Iäkkäiden potilaiden hoitoa akuuttihoidossa olisi tärkeää tarkastella tarkemmin ja selvittää, mitkä tekijät hoitokulttuurissa edistävät tai estävät rajoittavia käytäntöjä ja iäkkään potilaan hyvän hoidon toteutumista.
- Rajoittamiskäytäntöihin liittyvää jatkotutkimusta tarvitaan akuuttihoidon kontekstissa ja erityisesti kohdennettuna päivystykseen, jossa iäkkäät ovat suuri potilasryhmä.

## Lähteet

- Aminzadeh, F. & Dalziel, W.B. 2002. Older adults in the emergency department: A systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Annals of Emergency Medicine*, 39,3, 238–247. Viitattu 5.9.2019. <http://tuni.fi/Andor>, ScienceDirect
- Ammattietiikka. N.d. Valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) [www-sivut](http://www.etene.fi). Viitattu 1.5.2020. <https://etene.fi/ammattietiikasta>
- Ammattietiikka ja kollegiaalisuus. N.d. Eettiset ohjeet Sairaanhoidajaliiton [www-sivustolta](http://www.sairanhoidajaliitto.fi). Viitattu 1.5.2020. <https://etene.fi/ammattietiikasta>
- Ang, S.Y., Bakar A., Fazila A., Perera, K., Wee, S.L., Manickam, A., Lee, J.H. M., Haridas, D., Shamsudin, H.F. & Chan, J.K. 2015. Physical restraints among the elderly in the acute care setting: Prevalence, complications and its association with patients' characteristics. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 24, 3, 137–143.
- Antonelli, M.T. 2008. Restraint Management: Moving from Outcome to Process. *Journal of Nursing Care Quality*, 23, 3, 227–232. Viitattu 6.9.2019. <http://tuni.fi/Andor>, Ovid
- Apiainen, R., Åstedt-Kurki, P., Palonen, M. & Kylmä, J. 2018. Sateenkaariperheiden äitien kokemuksia perheensä elämästä ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä – integratiivinen kirjallisuuskatsaus. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 55, 3, 225–242. Viitattu 28.1.2020. <https://doi.org/10.23990/sa.74423>
- Bridges, J., Collins, P., Flatley, M., Hope, J. & Young, A. 2020. Older people's experiences in acute care settings: Systematic review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 1–11. Viitattu 1.5.2020. <https://primo.uef.fi>, Elsevier
- Brown, V. & Clarke, V. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 2, 77–101. <https://andor.tuni.fi>, EBSCOhost
- Clarke, V. & Brown, V. 2017. Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12, 3, 297–298. <https://andor.tuni.fi>, EBSCOhost
- Cooper, C. & Livingston, G. 2016. Intervening to reduce elder abuse: challenges for research. *Age and Ageing*, 45, 184–185. Viitattu 13.11.2019. <https://andor.tuni.fi>, EBSCOhost
- Coughlan, M. & Cronin, P. 2017. *Doing a Literature Review in Nursing, Health and Social care*. 2. p. SAGE Publication.
- Dahlke, S.A., Hunter, K.F., Negrin, K., Reshef Kalogirou, M., Fox, M. & Wagg, A. 2019. The educational needs of nursing staff when working with hospitalised older people.



Journal of Clinical Nursing, 28, 1-2, 221(14). Viitattu 11.12.2019. <https://andor.tuni.fi>, Wiley Online Library

Dahlke, S.A., Hunter, K.F. & Negrin, K. 2018. Nursing practice with hospitalised older people: Safety and harm. International Journal of Older People Nursing, 14, 1, 1–16. 25.9.2019. <https://primo.uef.fi>, Wiley Online Library

Deschodt, M., Claes, V., Van Grootven, B., Van den Heede, K., Flamaing, J., Boland, B. & Milisen, K. 2016. Structure and processes of interdisciplinary geriatric consultation teams in acute care hospitals: A scoping review. International Journal of Nursing Studies, 03, 55, 98-114. Viitattu 2.2.2020. <https://andor.tuni.fi>, Science Direct

Dierckx de Casterlé, B., Goethals, S. & Gastmans, C. 2015. Contextual influences on nurses' decision-making in cases of physical restraint. Nursing Ethics, 22, 6, 642–651. Research Gate.

Dierckx de Casterlé, B., Mertens, E., Steenacker, J. & Denier, Y. 2020. Nurses' experiences of working under time pressure in care for older persons. Nursing Ethics, 1–12. Research Gate.

Downing, A. & Wilson, R. 2005. Older people's use of Accident and Emergency services. Age and Ageing, 34, 1, 24–30. Viitattu 5.9.2019. <http://tuni.fi/> Andor, ProQuest

Enns, E., Rhemtulla, R., Ewa, V., Fruetel, K. & Holroyd-Leduc, J.M. 2014. A controlled quality improvement trial to reduce the use of physical restraints in older hospitalized adults. Journal of the American Geriatrics Society, 62, 3, 541–545. Viitattu 11.12.2019. <https://primo.uef.fi>, Wiley Online Library

Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. 2014. Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. SAGE Open, 4,1. 1–10. Viitattu 28.1.2020. <https://doi.org/10.1177/2158244014522633>

Etiikan tila sosiaali- ja terveystalalla. 2012. ETENE –julkaisuja 35. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystalalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Sosiaali- ja terveystministeriö. Helsinki 2012. Viitattu 9.4.2019. <https://etene.fi/documents/1429646/1559054/ETENE-julkaisuja+35+Etiikan+tila+sosiaali-+ja+terveysalalla.pdf/>

Evans, D., Wood, J. & Lambert, L. 2003. Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. Journal of Advanced Nursing, 41, 3, 274–282. Viitattu 6.2.2020. <https://primo.uef.fi>, Wiley Online Library

Fougère, B., Morley, J. E., Decavel, F., Nourhashémi, F., Abele, P., Resnick, B., Rantz, M., Lai, C.K.Y., Moyle, W., Pédra, M., Chicoulas, B., Escourrou, E., Oustric, S. & Vellas, B. 2016. Development and Implementation of the Advanced Practice Nurse Worldwide With an Interest in Geriatric Care. Journal of the American Medical Directors Association, 17, 9, 782–788. Viitattu 4.5.2020. <https://andor.tuni.fi>, Science Direct

Fox, M. T., Persaud, M., Maimets, I., O'Brien, K., Brooks, D., Tregunno, D., & Schraa, E. 2012. Effectiveness of Acute Geriatric Unit Care Using Acute Care for Elders Components: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60, 2237–2245. Viitattu 1.2.2020 <https://andor.tuni.fi>, Wiley Online Library

Fox, M. T., Sidani, S., Persaud, M., Tregunno, D., Maimets, I., Brooks, D., O'Brien, K. 2013. Acute Care for Elders Components of Acute Geriatric Unit Care: Systematic Descriptive Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61, 939-946. Viitattu 5.2.2020 <https://andor.tuni.fi>, Wiley Online Library

Geriatric emergency department guidelines. 2013. American College of Emergency Physician. Viitattu 19.4.2020. <https://www.acep.org/geriedguidelines>

Goethals, S., Dierckx de Casterlé, B. & Gastmans, C. 2012. Nurses' decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 6, 1198-1210. <https://primo.uef.fi>, Wiley Online Library

Goethals, S., Dierckx de Casterlé, B. & Gastmans, C. 2013. Nurses' decision-making process in cases of physical restraint in acute elderly care: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 5, 603–612. Viitattu 11.12.2019. <https://primo.uef.fi>, Elsevier

Graf, C.E., Zekry, D., Giannelli, S., Michel, J.-P. & Chevalley, T. 2011. Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the Emergency Department: a systematic review. *Aging Clinical and Experimental Research*, 23, 4, 244-254. Viitattu 20.4.2020. <https://andor.tuni.fi>, ProQuest

Gunawardena, R. & Smithard, D. G. 2019. The Attitudes Towards the Use of Restraint and Restrictive Intervention Amongst Healthcare Staff on Acute Medical and Frailty Wards - A Brief Literature Review. *Geriatrics*, 4, 3, 50, 1–10. Viitattu 22.4.2020. <https://doi.org/10.3390/geriatrics4030050>

Haines, T.P., Bell, R.A.R. & Varghese, P.N. 2010. Pragmatic, Cluster Randomized Trial of a Policy to Introduce Low-Low Beds to Hospital Wards for the Prevention of Falls and Fall Injuries. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 3, 435–441. Viitattu 7.4.2020. <https://andor.tuni.fi>, Wiley Online Library

Hallikainen, M. 2019. Muistisairas päivystyksessä. Julkaisussa Muistisairaahan hoito. Toim. M.Hallikainen, A. Immonen, R. Mönkäre & P. Pihlakari. Helsinki: Duodecim. Viitattu 18.4.2020. <https://janet.finna.fi>, Oppiportti

Hammond, M. & Wellington, J. 2017. Research Methods: The Key Concepts. 2. p. Routledge Key Guides.

Hawker, S., Payne, S., Kerr, C., Hardey, M. & Powell, J. 2002. Appraising the evidence: Reviewing disparate data systematically. *Qualitative Health Research*, 12, 9, 1284–1299. Viitattu 28.1.2020. <http://primo.uef.fi>, Sage Premier 2016

Heikkinen, E. 2013. Vanhenemisen ulottuvuudet ja vanhenemiseen vaikuttavat tekijät. Julkaisussa *Gerontologia*. Toim. E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen. Helsinki: Duodecim. Viitattu 18.4.2020. <https://janet.finna.fi>, Oppiportti

Hendlmeier, I., Bickel, H., Baltasar Heßler-Kaufmann, J. & Schäufele, M. 2019. Care challenges in older general hospital patient – Impact of cognitive impairment and other patient-related factors. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 52, 4, 212–221. <http://primo.uef.fi>, Springer (open access)

Hickman, L. D., Phillips, J. L., Newton, P. J., Halcomb, E. J., Al Abed, N. & Davidson, P. M. 2015. Multidisciplinary team interventions to optimise health outcomes for older people in acute care settings: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 61, 322–329. Viitattu 5.9.2018. <http://www.uta.fi>, Andor, Science Direct

Hopia, H., Latvala, E. & Liimatainen, L. 2016. Reviewing the methodology of an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 30, 4, 662–669. Viitattu 7.9.2019. <http://www.tuni.fi/kirjasto>, Andor, Wiley Online Library

Huttunen, M. 2018. Sekavuustila (delirium). *Lääkärikirja Duodecim*. Viitattu 8.7.2019. <https://www.terveyskirjasto.fi>

Hynninen, N. 2016. Ikääntyvä muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla. Väitöskirja. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, Medical Research Center Oulu. Viitattu 5.9.2019. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526214559.pdf>

Hynninen, N., Saarnio, R. & Elo, S. 2016. Care practices of older people with dementia in the surgical ward: A questionnaire survey. *SAGE open medicine*, 4, 1–9. Viitattu 11.12.2019. <https://uef.finna.fi>, Sage Premier 2016

The ICN Code of Ethics for Nurses. 2012. International Council of Nurses [www](http://www.icn.ch)-sivut. Viitattu 1.5.2020. <https://www.icn.ch/nursing-policy/regulation-and-education>

Itsemääräämisoikeus ja sen poikkeukset. 2013. Lääkäriliiton verkkosivut. Viitattu 3.8.2019. <https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/potilas-laakarisuhde/itsemaaramisoikeus-ja-sen-poikkeukset/>

Itsemääräämisoikeus ja vapaus valita. N.d. Viitattu 29.9.2019. Valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (EYENE) [www](http://www.etene.fi)-sivut. <https://etene.fi/itsemaaramisoikeus-ja-vapaus-valita>

Itsemääräämisoikeutta koskevia lakeja lausunnolle. 2018. Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut. Päivitetty 6.7.2018. Viitattu 25.8.2018. [https://stm.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/itsemaaramisoikeutta-sekamielenterveys-ja-paihdepalveluja-koskeva-laaja-lakipaketti-lausunnolle](https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/itsemaaramisoikeutta-sekamielenterveys-ja-paihdepalveluja-koskeva-laaja-lakipaketti-lausunnolle)

JBI. 2002. Physical restraint – part 1: Use in Acute and Residential Care facilities, *Best Practice*, 6, 3, 1–6. Viitattu 25.8.2019. <https://joannabriggs.org>

Jämsen, E., Kerminen, H., Strandberg, T. & Valvanne, J. 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei. *Lääkärilehti* 14-15, 70, 977–983. Viitattu 4.9.2019. [www.terveysportti.fi/Lääkärilehti](http://www.terveysportti.fi/Lääkärilehti) [Kys intra]

Jämsen, E., Lönnroos, E. & Strandberg, T. 2017. Tunnetko vanhuspotilaasi – entä ketään geriatria? Suomen lääkirilehti, 72, 44, 2497.

Jäntti, P. 2015. Moniammatillinen arviointi ja sen merkitys. Moniammatillisuus vanhuspalveluissa – tehtävälähtöisestä toiminnasta vanhuskeskeisempään työskentelyyn, Power Point -esitys, 15.12.2015 Rovaniemi. Viitattu 5.5.2020. <http://www.sosiaalikallega.fi/poske/tapahtumat/moniammatillisuus-vanhuspalveluissa>

Kalula, S. Z. & Petros, S. G. 2016. Use of physical restraint in hospital patients: A descriptive study in a tertiary hospital in South Africa. *Curationis*, 39, 1, 1–8. Julk. verkossa 10.11.2016. Viitattu 25.7.2019. <https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1605>

Kangas, T., Hämäläinen, R., Valvanne, J. & Jämsen, E. 2018. Muistin ja tarkkaavaisuuden häiriöiden seulonta sairaalassa on aiheellista. *Lääkirilehti* 11, 73, 713–718.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S.-M., Pietilä, A.-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: Eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede*, 25, 4, 291–301.

Kaskiharju, E. 2019. Mitä virkaa on vanhuspalvelulailla? Palvelun laatua jäljittämässä. *Gerontologia*, 33, 2, 57–73.

Kokko, K., Hokkinen, K., Vanjoki, A. & Lönnroos, E. 2017. Fyysisten rajoitteiden käyttö perustuu harvoin lääketieteelliseen arvioon. *Lääkirilehti*, 72, 8, 529-530. Viitattu 25.8.2018. <https://janet.finna.fi/Medic>

Korhonen, A., Holopainen, A., Jylhä, V. & Siltanen, H. 2015. Hoitohenkilökunnan käsityksiä ikääntyneiden hoitotyön nykytilasta. Raportti 1/15. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 3.5.2020. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/hotusraportti-1-2015.pdf>

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta. Tarpeesta tuloksiin. Hoitotyön tutkimussäätiö: Skhole

Koskeniemi, J., Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R. 2013. Respect in the care of older patient in acute hospitals. *Nursing Ethics*, 20, 1, 5–17. Viitattu 9.8.2019. <https://uef.finna.fi/Sage Journals>

Koskinen, S., Sievers, A., Leino-Kilpi, H. & Suhonen R. 2013. Keskustelua iäkkäiden hoitotyön osaamisesta ja alan vetovoimaisuuden lisäämisestä. *Gerontologia* 3, 305 - 308.

Kotila, J., Axelin, A., Fagerström, L., Flinkman, M., Heikkinen, K., Jokiniemi, K., Korhonen, A., Meretoja, R. & Suutarla, A. 2016. Sairaanhoidajien uudet työnkuvat – laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. Sairaanhoidajaliiton raportti. Viitattu 3.5.2020. <https://sairaanhoidajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/sairaanhoidajan-monet-eri-urapolut/>

Krüger, C., Mayer, H., Haastert, B. & Meyer, G. 2013. Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: A multi-centre cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 12, 159–1606. Viitattu 11.2.2020. [https://primo.uef.fi/Elsevier SD Freedom Collection](https://primo.uef.fi/Elsevier%20SD%20Freedom%20Collection)

L 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Viitattu 1.9.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#a980-2012>

Laakkonen, A. 2004. Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, kasvatustieteiden tiedekunta. Viitattu 25.4.2020. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/67361/951-44-5923-7.pdf>

Lach, H.W., Leach, K.M. & Butcher, H.K. 2016. Evidence-Based Practice Guideline: Changing the Practice of Physical Restraint Use in Acute Care. *Journal of Gerontological Nursing*, 42, 2, 17–26. Viitattu 6.9.2019. <http://www.uta.fi/kirjasto/>, Andor, ProQuest

Lane, C. & Harrington, A. 2011. The factors that influence nurses' use of physical restraint: A thematic literature review. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 195–204. Viitattu 11.12.2019. <https://primo.uef.fi>, Wiley Online Library

Laurila, J. 2016. Delirium. Julkaisussa Geriatria. Toim. R.Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen. Helsinki: Duodecim. Viitattu 8.7.2019. <https://janet.finna.fi/>, Oppiportti

Laurila, J. 2012. Delirium. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 128, 6, 642–647.

Lehtiö, L. & Johansson, E. 2016. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, A: 73/2016, 35–55.

Lemetti, T. & Ylönen, M. 2016. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkelien arviointi. Toim. M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, A: 73/2016, 67–79.

Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö. 2020. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Valvira. Päivitetty 27.1.2020. Viitattu 1.4.2020. [http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/liikkumista\\_rajoittavien\\_turvavälineiden\\_kaytto](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/liikkumista_rajoittavien_turvavälineiden_kaytto)

Lonkkamurtuma. Käypä hoito -suositus. 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopedi yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 7.7.2019. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Ludwick, R., O'Toole, R. & Meehan, A. 2012. Restraints or alternatives: Safety work in care of older persons. *International Journal of Older People Nursing*, 7, 1, 11–19. Viitattu 11.12.2019. <https://primo.uef.fi>, Wiley Online Library

Marcantonio, E. 2017. Delirium in Hospitalized Older Adults. *The New England Journal of Medicine*, 377, 15, 1456–1466. Viitattu 23.8.2019. <https://uef.finna.fi>, ProQuest

McCabe, D.E., Alvarez, C.D., McNulty, S.R. & Fitzpatrick, J.J. 2011. Perceptions of Physical Restraints Use in the Elderly Among Registered Nurses and Nurse Assistants in a Single Acute Care Hospital. *Geriatric Nursing*, 32, 1, 39–45. Viitattu 22.8.2019. <https://primo.uef.fi>, Elsevier

Minnick, A.F., Mion, L.C., Johnson, M.E., Catrambone, C. & Leipzig, R. 2007. Prevalence and variation of physical restraint use in acute care settings in the US. *Journal of Nursing Scholarship*, 39, 1, 30–37. Viitattu 22.8.2019. <https://primo.uef.fi>, Wiley Online Library

Mylläri, E. 2017. Päivystyshoidon laatu iäkkäiden potilaiden kokemana. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, Lääketieteen ja biotieteiden tiedekunta. Viitattu 22.8.2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0488-1>

Mylläri, E., Kirsi, T. & Valvanne, J. 2014. Miksi iäkäs ihminen lähtee päivystykseen? Laadullinen tutkimus kotona asuvien ikäihmisten päivystykseen lähtemispäätökseen vaikuttavista tekijöistä. Pdf -tiedosto. Kuntaliitto. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus (ELSE). Projektin julkaisu nro 2. Viitattu 5.9.2019. <http://kuntaliitto.fi>

Möhler, R. & Meyer, G. 2014. Attitude of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 274–288. Viitattu 5.8.2019. <https://uef.finna.fi>, Elsevier

Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, A: 73/2016, 23–34.

Nilsson, A., Rasmussen, B.H. & Edvardsson, D. 2016. A threat to our integrity – Meanings of providing nursing care for older patients with cognitive impairment in acute care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30, 48–56. Viitattu 25.7.2019. <https://andor.tuni.fi>, Wiley Online Library

Nowell, L.S., Norris, J.M., White, D.E. & Moules, N.J. 2017. Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16, 1-13. Viitattu 12.2.2020. <http://primo.uef.fi>, Sage

Nykänen, E. [2015]. Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeus haasteena. Power Point -esitys, Terve-SOS 2015. Terveystien ja hyvinvoinnin laitos. Vuosiluku tarkistettu tekijältä. Viitattu 4.8.2019. <https://www.innokyla.fi/documents/469607/93027a49-c09c-48eb-9423-244d36917d39>

Oikarainen, A., Siltanen, H., Korhonen, A. & Holopainen, A. 2018. Hoitotyössä käytetyt tiedonlähteet vaativissa päätöksentekotilanteissa. Raportti 2/2018. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 8.9.2019. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/tiedonlahteet-raportti-digi.pdf>

Palonen, M. & Tuomisto, S. 2018. Geriatriksen arvioinnin merkitys päivystyspoliklinikalla. Näyttövinkki 9/2018. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 19.4.2020. [www.hotus.fi](http://www.hotus.fi)

Pitkälä, K. & Tilvis, R. 2012. Geriatriinen asiantuntemus vähentää vanhusten avuntarvetta. Lääkärilehti, 67, 8, 564.

Päivystys. N.d. Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivusto. Viitattu 8.9.2019. <https://stm.fi/paivystys>

Pölkki, T., Kanste, O., Kääriäinen, M., Elo, S. & Kyngäs, H. 2014. The methodological quality of systematic reviews published in high-impact nursing journals: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3-4, 315–332. Viitattu 28.1.2020. <https://andor.tuni.fi>, Wiley Online Library

Saarnio, R. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Väitöskirja. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos, hoitotiede. Viitattu 25.8.2018. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514292088.pdf>

Saarnio, R. & Tuomikoski, A. 2019. Gerontologisen hoitotyön osaamisella ja näyttöön perustuvan toiminnan kehittämällä laatua ikäihmisten hoitoon. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 82. Viitattu 18.4.2020. <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2019111838515>.

Sairaalat ja erikoissairaanhoito. N.d. Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut. Viitattu 8.9.2019. <https://stm.fi/sairaalat-erikoissairaanhoito>

Sarajärvi, A., Mattila, L.-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittymiseen. WSOYpro OY

Sarvimäki, A. 2009. Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet. Julkaisussa Gerontologinen hoitotyö. Toim. P. Voutilainen & P. Tiikkainen. Helsinki: WSOY, 27–40.

Shanahan, D. J. 2012. Bedrails and vulnerable older adults: how should nurses make 'safe and sound' decisions surrounding their use? *International Journal of Older People Nursing*, 7, 4, 272–281. Viitattu 7.4.2020. <https://andor.tuni.fi>, Wiley Online Library

Shi, Q., Warren, L., Saposnik, G. & MacDermid, J. C. 2013. Confusion assessment method: a systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 9, 1359–1370. Viitattu 20.9.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3788697/>

Shields, L., Henderson, V. & Caslake, R. 2017. Comprehensive Geriatric Assessment for Prevention of Delirium After Hip Fracture: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65, 7, 1559–1565. Viitattu 2.8.2018. <http://www.uta.fi>, Andor, Wiley Online Library

Steen, E., Destroyer, E., Milisen, K., Lambert, M., Boland, B. & Van Den Noortgate, N. 2013. Management of delirium on acute geriatric wards: A survey in Belgian

hospitals. *European Geriatric Medicine*, 4, 209–213. Viitattu 25.7.2019.  
<https://andor.tuni.fi>, Science Direct

Strandberg, T. 2013. Hauraus-raihnausoireyhtymä (HRO) iäkkäässä väestössä. Julkaisussa *Gerontologia*. Toim. E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen. Helsinki: Duodecim. Viitattu 18.4.2020. <https://janet.finna.fi>, Oppiportti

Strandberg, T. 2016. Gerastenia (HRO). Julkaisussa *Geriatría*. Toim. R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen. Helsinki: Duodecim. Viitattu 8.7.2019.  
<https://janet.finna.fi>, Oppiportti

Strandberg, T. & Tilvis, R. 2016. Ennaltaehkäisy geriatriassa. Julkaisussa *Geriatría*. Toim. R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen. Helsinki: Duodecim. Viitattu 8.7.2019. <https://janet.finna.fi>, Oppiportti

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Julkaisussa *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Toim. M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, A: 73/2016, 7–22.

Sulkava, R. 2016. Muistisairaudet. Julkaisussa *Geriatría*. Toim. R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen. Helsinki: Duodecim. Viitattu 8.7.2019.  
<https://janet.finna.fi>, Oppiportti

Sulosaari, V. & Kajander-Unkuri, S. 2016. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Julkaisussa *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. 2. korj. p. Toim. M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, A: 73/2016, 107–117.

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2018. Väestöennuste, Liitetaulukko 1. Väestö ikäryhmittäin koko maa 1900 – 2070. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 28.7.2019.  
[https://www.stat.fi/til/vaenn/2018/vaenn\\_2018\\_2018-11-16\\_tau\\_001\\_fi.html](https://www.stat.fi/til/vaenn/2018/vaenn_2018_2018-11-16_tau_001_fi.html)

Terveystietolaki 1326/2010. Viitattu 2.7.2019.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tiikkainen, P. & Heikkinen, R.-L. 2013. Gerontologinen hoitotyö. Julkaisussa *Gerontologia*. Toim. E. Heikkinen, J. Jyrkämä & Rantanen, T. Helsinki: Duodecim. Viitattu 8.7.2019. <https://janet.finna.fi>, Oppiportti

Tiikkainen, P. & Voutilainen, P. 2009. Johdanto. Julkaisussa *Gerontologinen hoitotyö*. Toim. P. Voutilainen & P. Tiikkainen. Helsinki: WSOY, 7–10.

Tilvis, R. 2016a. Vanhustenhoidon erityiskysymyksiä. Iatrogeneesi ja turhuus geriatriassa. Julkaisussa *Geriatría*. Toim. R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen. Helsinki: Duodecim. Viitattu 8.7.2019. <https://janet.finna.fi>, Oppiportti

Tilvis, R. 2016b. Vanhustenhoidon erityiskysymyksiä. Kaatuileva vanhus. Julkaisussa *Geriatría*. Toim. R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen. Helsinki: Duodecim. Viitattu 8.7.2019. <https://janet.finna.fi>, Oppiportti



TOIMIA-tietokanta (Terveysportti) n.d. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.  
Toimintakyvyn arviointi. Viitattu 5.5.2020.  
<https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/toimintakyvyn-arviointi>

Tullmann, D. F., Blevins, C & Fletcher, K. 2016. Delirium: Prevention, Early Recognition, and Treatment. Teoksessa Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice. Toim. M. Boltz, L. Capezuti, T. T. Fulmer & D. Zwicker. E-kirja. 5.p. New York, NY : Springer Publishing Company, 251-261. Viitattu 3.7.2019.  
<http://www.uta.fi, Andor, EBSCOhost>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Viitattu 15.7.2019. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Tutkimustiedon laadun arvioiminen. N.d. Hoitotyön tutkimussäätiön (Hotus) www-sivut. Viitattu 13.1.2020. <https://www.hotus.fi/tutkimustiedon-laadun-arvioiminen/>

Työntekijöiden eettinen kuormitus vanhustenhoidossa huolestuttaa. 2019. Työterveyslaitos, Tiedote 08/2019. Viitattu 19.4.2020.  
<https://www.ttl.fi/tyontekijoiden-eettinen-kuormitus-vanhustenhoidossa-huolestuttaa/>

Tölli, S., Partanen, P., Kontio, R. & Häggman-Laitila, A. 2017. A quantitative systematic review of the effects of training interventions on enhancing the competence of nursing staff in managing challenging patient behaviour. *Journal of Advanced Nursing*, 73, 12, 2817–2831. Viitattu 5.5.2020.  
<https://doi.org/10.1111/jan.13351>

Voutilainen, P., Routasalo, P., Isola, A. & Tiikkainen, P. 2009. Gerontologisen hoitotyön tieto- ja eettinen perusta. Julkaisussa Gerontologinen hoitotyö. Toim. P. Voutilainen & P. Tiikkainen. Helsinki: WSOY, 11–26.

Whittemore, R. & Knafl, K. 2005. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 5, 546–553. Viitattu 16.8.2018. <https://primo.uef.fi, Wiley Online Library>

Wuorela, M. & Viikari, L. 2019. Vanhuksen toimintakyvyn arviointi akuuttisairaanhoidossa. *Duodecim*, 135, 1579–1585.

Xyrichis, A., Hext, G. & Clark, L.L. 2018. Beyond restraint: Raising awareness of restrictive practices in acute care settings. *International Journal of Nursing Studies*, 86, A1–A2. Viitattu 5.3.2020. <https://andor.tuni.fi, Elsevier>

Yamamoto, M. & Aso, Y. 2009. Placing physical restraints on older people with dementia. *Nursing Ethics*, 16, 2, 192–202. Viitattu 11.12.2019. <https://primo.uef.fi, Sage Premier 2016>

Ämmälä, A.-J. & Ekelund, J. 2012. Somaattinen pakkohoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 128, 6, 648–651.

## Liitteet

### Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Tutkimuksen tekijät, vuosi, maa	Menetelmä	Keskeiset tulokset opinnäytetyön kannalta	Laatu
Ang, S.Y., Bakar A., Fazila A., Perera, K., Wee, S.L., Manickam, A., Lee, J.H.M., Haridas, D., Shamsudin, H. & Chan, J.K. 2015, Singapore	Prospektiivinen havainnointitutkimus	Potilaan piirteiden yhteys rajoittamiseen Fyysiselle rajoittamiselle altistavia tekijöitä Ennaltaehkäisevät strategiat	33/36
Dierckx de Casterlé, B., Goethals, S. & Gastmans, C. 2015, Belgia	Laadullinen haastattelututkimus	Moniammatillisuus päätöksentekoprosessissa Säädösten ja organisaation ohjeiden vaikutus Sairaalan tilat ja välineet Hoitajamitoitus Potilasturvallisuus	31/36
Dahlke, S., Hunter, K.F., Negrin, K., Reshef Kalogirou, M., Fox, M. & Wagg, A. 2019, Kanada	Monimene- telmä-tutkimus; haastattelu ja kysely	Hoitohenkilökunnan oppimistarpeet iäkkään potilaan haastavaan käytökseen ja rajoittamiseen liittyen	34/36
Enns, E., Rhemtulla, R., Ewa, V., Fruetel, K. & Holroyd-Leduc, J.M. 2014, Kanada	RCT -tutkimus	Rajoittamistoimien vähentämiseen tähtäävillä interventioilla oli vaikutusta rajoittamisen yleisyyteen	31/36
Goethals, S., Dierckx de Casterlé, B. & Gastmans, C. 2013, Belgia	Laadullinen haastattelututkimus	Päätöksenteko dynaaminen prosessi Päätöksenteon rationaalisuus, rutiinit, intuitio Varmuus / epävarmuus päätöksenteossa	35/36
Hynninen, N., Saarnio, R. & Elo, S. 2016, Suomi	Määrällinen kyselytutkimus	Hoitajien yksilöllisillä taustatekijöillä oli vaikutusta haasteellisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamiseen ja hoitoon Työkokemuksella oli yhteys vaihtoehtoisen menetelmän käyttöön	35/36
Kokko, K., Hokkinen, K., Vanjoki, A. & Lönnroos, E. 2017, Suomi	Lomakekysely hoitajille  Vuorokauden mittainen tiedonkeruujakso	Sängynlaidat yleisimmin käytetty fyysinen rajoite Potilaan piirteiden yhteys rajoittamiseen Potilasturvallisuus yleisin syy rajoittamistoimille Rajoittamismääräyksen ja dokumentoinnin puutteet	18/36
Lane, C. & Harrington, A. 2011, Australia	Temaattinen kirjallisuuskatsaus	Hoitajien syyt käyttää fyysistä rajoittamista liittyivät potilasturvallisuuden takaamiseen sekä hoitajien työmäärään	28/36
Ludwick, R., O'Toole, R. & Meehan, A. 2012, Yhdysvallat	Laadullinen haastattelututkimus	Potilaan piirteiden yhteys rajoittamiseen Hoitajan biografian yhteys rajoittamiseen Rajoittaminen oli dynaaminen ja kompleksinen prosessi Organisaatiotekijöillä oli yhteys rajoittamistoimiin	31/36
Yamamoto, M. & Aso, Y. 2009, Japani	Kyselytutkimus	Rajoittamistilannetta tarkasteltiin eettisenä dilemmana Hoitajan selviytyminen eettisissä ristiriitaitilanteissa kolmen eri strategian mukaisesti Eettisen tuen ja lisäkoulutuksen tarve	24/36

## Liite 2. Laadunarvioinnin työkalu (mukaillen Hawker ym. 2002)

Arviointikriteeri	Pistemäärä	Pistemäärän kuvaus
1.Abstrakti ja otsikko	4	Jäsennelty, informatiivinen abstrakti ja selkeä otsikko.
	3	Lähes kaikki tiedot sisältävä abstrakti.
	2	Puutteellinen abstrakti.
	1	Ei abstraktia.
2.Esittely ja tutkimuksen tarkoitus	4	Kattava, mutta ytimekäs kuvaus tutkimuksen taustoista, sisältäen kirjallisuuskatsauksen ja tiedontarpeen esiin nostamisen. Selkeä tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset.
	3	Taustaa hieman kuvattu. Tutkimuskysymyksiä hahmoteltu.
	2	Taustaa hieman kuvattu, mutta tutkimuksen tavoite/tarkoitus/tutkimuskysymykset puuttuvat tai toisinpäin.
	1	Tavoite/tarkoitus puuttuvat. Tutkimuksen taustaa tai kirjallisuuskatsausta ei ole tehty.
3.Metodologia	4	Metodi on sopiva ja selkeästi kuvattu. Tiedonkeruu yksityiskohtaisesti kuvattu.
	3	Metodi on sopiva, metodin kuvaus puutteellinen. Tiedonkeruu kuvattu.
	2	Metodin sopivuus kyseenalaista. Metodi kuvattu puutteellisesti. Tiedonkeruun kuvaus vähäistä.
	1	Metodia ei kerrottu JA/TAI metodi sopimaton JA/TAI tiedonkeruuta ei ole kuvattu.
4.Otanta	4	Tarkka kuvaus keitä tutkittiin ja miten/miksi heidät rekrytoitiin tutkimukseen. Otannan koko sopiva tutkimukseen. Vastausprosentit näkyvillä ja selitetty.
	3	Otannan koko sopiva tutkimukseen. Osa tiedoista puutteellisia.
	2	Otanta mainittu, mutta yksityiskohtainen kuvaus vähäistä.
	1	Ei tietoja otannasta.
5.Analyysi	4	Selkeä kuvaus miten analyysi on tehty. Laadullinen tutkimus: kuvaus kuinka teemat johdettu, vastaajien validaatio/triangulaatio. Määrällinen tutkimus: hypoteesin testaus perusteltu, tilastollinen merkittävyys pohdittu.
	3	Analyysi kuvattu.
	2	Analyysi kuvattu niukasti.
	1	Analyysia ei ole kuvattu.

Taulukko jatkuu seuraavalla sivulla

Taulukko jatkuu edelliseltä sivulta

6.Eettiset kysymykset	4	Luottamuksellisuutta, salassapitovelvollisuutta ja suostumuksia pohdittu. Tutkija tarkastellut reflektiivisesti omia ennakkoasenteita.
	3	Eettisyys ja luotettavuus huomioitu pinnallisella tasolla.
	2	Eettisyys ja luotettavuus lyhyesti mainittu.
	1	Eettisyyttä ja luotettavuutta ei ole pohdittu.
7.Tulokset	4	Tulokset/johtopäätökset kuvattu tarkasti, helposti ymmärrettävästi ja loogisessa järjestyksessä. Mahdolliset taulukot selitetty tekstissä. Tulokset ovat yhteydessä tutkimuksen tavoitteisiin/tarkoitukseen. Riittävästi dataa esitetty tukemaan tuloksia.
	3	Tulokset/johtopäätökset kuvattu, mutta perustelut puutteelliset.
	2	Tulokset/johtopäätökset kuvattu sattumanvaraisesti, epätarkasti ja epäloogisesti.
	1	Tuloksia/johtopäätöksiä ei ole kuvattu tai ne eivät ole yhteydessä tavoitteisiin ja tarkoitukseen.
8.Tulosten yleistettävyys ja siirrettävyys	4	Tutkimuksen konteksti/asetelma kuvattu riittävästi, jotta vertailu toisiin konteksteihin mahdollinen. Lisäksi 4 pistettä kohdasta 4 (otanta).
	3	Konteksti/tutkimusasetelma osittain kuvattu, mutta enemmän tietoja tarvittaisiin, jotta vertailu onnistuisi. Lisäksi 3 pistettä tai enemmän kohdasta 4 (otanta).
	2	Konteksti/tutkimusasetelma kuvattu lyhyesti.
	1	Kontekstia/tutkimusasetelmaa ei ole kuvattu.
9.Tulosten hyödynttäminen	4	Antaa uutta tietoa, ymmärrystä tai näkökulmaa aiheesta. Jatkotutkimusideoita ehdotettu. Ehdotuksia käytännöntyöhön esitetty.
	3	Kaksi edellä mainituista kohdista kuvattu.
	2	Yksi edellä mainituista kohdista kuvattu.
	1	Tulosten hyödynnettävyyttä ei ole mainittu ollenkaan.

## Liite 3. Esimerkki aineiston analyysistä

Koodi	Alustava teema	Lopullinen teema
Käytös ongelmallinen sairaalaympäristössä Vaeltelu, huutelu, letkujen repiminen	Potilaan haasteellinen käytös	Potilaaseen yhteydessä olevat tekijät
Heikentynyt liikuntakyky Potilaan ohjattavuus	Potilaan piirteet	
Potilaan perustarpeisiin vastaaminen Hoitajan työkokemus	Hoitajan geriatrinen osaaminen	Hoitajaan yhteydessä olevat tekijät
Pienemmän pahan valitseminen Viimeinen vaihtoehto "Pakollinen paha" Päätöksenteon vaikeus	Hoitajan päätöksenteko	
Rajoittamistoimia perusteltiin potilasturvallisuudella Sisäinen turvallisuuden tunne Työn helpottuminen	Hoitajan kokemukset/oletukset/ uskomukset	
Tehtäväkeskeinen tapa toimia Geriatrinen hoitotyön arvostuksen -puute Välineiden ja tilojen epätarkoituksen mukaisuus	Akuuttisairaanhoidon luonne	
Vähäiset aika- ja henkilöstöresurssit Työn kuormittavuus Ohjeet ja "talon tavat"	Työnhallinta	Organisaatioon yhteydessä olevat tekijät
Potilaan huomion siirtäminen toisaalle Ympäristön tekeminen turvalliseksi	Vaihtoehtoinen tapa toimia	Rajoittamistoimien vähentämiseen yhteydessä olevat tekijät
Potilaan perustarpeisiin vastaaminen Tukea ja koulutusta eettiseen päätöksentekoon Potilaslähtöinen hoitotyö Moniammatillinen työskentely	Rajoittamisen vähenemistä tukevia tekijöitä	